اصول و مهارتهای

پرستاری

روش های کار

تایلور ۲۰۱۵

ترجمه:
احمد علی اسدی نوقابی، فریبا تباری، فاطمه جلالی نیا، معصومه ذاکری مقدم
اشرف الملوک معماری، سوسن نوری کرمانشاهی، شکوه ورعی
اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران

ویراستار:
سوسن نوری کرمانشاهی



اصول و مهارتهای

پرستاری

روش های کار

تایلور ۲۰۱۵

ترجمه:

احمد علی اسدی نوقابی، فریبا تباری، فاطمه جلالی نیا، معصومه ذاکری مقدم
اشرف الملوک معماری، سوسن نوری کرمانشاهی، شکوه ورعی
اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران

ویراستار:
سوسن نوری کرمانشاهی



اصول و مهارتهای

پرستاری

روش های کار

تایلور ۲۰۱۵

ترجمه:
احمد علی اسدی نوقابی ، فریبا تباری، فاطمه جلالی نیا ، معصومه ذاکری مقدم
اشرف الملوک معماری، سوسن نوری کرمانشاهی، شکوه ورعی
اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران

ویراستار:
سوسن نوری کرمانشاهی



سرشناسه	:	تیلور، کارول Taylor, Carol
عنوان و نام پدیدآور	:	اصول و مهار ت های پرستاری ۲۰۱۵ (روش کار)
مشخصات نشر	:	تهران: اندیشه رفیع، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	:	۳۹۶ ص.: مصور،جدول
شابک	:	978-964-987-570-5
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپای مختصر
یادداشت	:	فهرستنویسی کامل این اثر در نشانی: http://opac.nlai.ir قابل دسترسی است
یادداشت	:	عنوان اصلی: fundamentals of nursing the art and science of nursing care2015
شناسه افزوده	:	نوری کرمانشاهی ، سوسن، ۱۳۴۲-
شناسه افزوده	:	اسدی نوقابی، احمدعلی، ۱۳۴۴ -
شناسه افزوده	:	جلالی‌نیا، فاطمه، ۱۳۴۰ -
شماره کتابشناسی ملی	:	۳۸۱۴۴۱۵



اندیشه رفیع

ناشر کتب علوم پزشکی

www.andisherafi.com

نام کتاب:	**اصول و مهارت‌های پرستاری تایلور ۲۰۱۵ (روش کار)**
مولف:	کارول تایلور
مترجمین:	اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران
ویراستار:	سیده سوسن نوری کرمانشاهی
ناشر:	انتشارات اندیشه رفیع
حروف‌چینی:	محمد بهمنی
گرافیک متن:	مهری آتش‌رزان
نوبت چاپ:	چاپ دوم: ۱۳۹۵
شمارگان:	۱۰۰۰ جلد
لیتوگرافی:	مهران نگار
چاپ:	طیف نگار
صحافی:	طیف نگار
شابک:	۹۷۸-۹۶۴-۹۸۷-۵۷۰-۵
قیمت:	۲۰۰۰۰ تومان

دفتر مرکزی : **اندیشه رفیع**

خیابان انقلاب - خیابان ۱۲ فروردین - خیابان شهدای ژاندارمری

مقابل اداره پست - ساختمان ۱۲۶ - طبقه دوم - تلفکس : ۶۶۹۵۰۳۹۳

تلفن : ۶۶۹۷۱۴۱۴ - ۶۶۹۷۰۵۱۷ - ۶۶۹۷۰۵۱۸

مقدمه ویراستار

بنام خدا

شکر خداوند متعال را که با عنایت و توجه او و با همکاری صادقانه مدرسین پرستاری گروه داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی ترجمه کتاب تایلور ۲۰۱۵ را که یکی از کتب معتبر در رشته پرستاری می‌باشد انجام یافت. در اینجا از تمامی همکاران محترم که در اسرع وقت و با دقت نظر ترجمه این کتاب را بر عهده داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

آنچه ما را در امر پیشبرد مقاصد و آرمان‌های حرفه‌ای کمک می‌کند، همانا یکدلی و همکاری است که خوشبختانه در گروه کاری وجود داشت. امید اینکه بتوانیم در آینده همکاری و ارتباط خود را با سایر گروه‌های دانشکده و دانشکده‌های پرستاری و مامایی سراسر ایران برقرار نماییم و شاهد پیشرفت حرفه پرستاری در کشور و منطقه باشیم.

سیده سوسن نوری کرمانشاهی

بهار ۱۳۹۴

فهرست مطالب

فهرست مطالب

فهرست مطالب

فصل ۱

کنترل علایم حیاتی

مترجم: معصومه ذاکری مقدم

روش کار ۱-۱ ارزیابی درجه حرارت بدن

نکات قابل توجه

اندازه‌گیری درجه حرارت بدن توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دماسنج، دیجیتال یا الکترونیکی
- دستمال کاغذی در صورت نیاز
- دستکش غیراستریل (در صورت نیاز)
- پوشش‌های پروب برای دماسنج الکترونیکی
- ماده لغزنده محلول در آب برای دماسنج‌های مقعدی
- خودکار یا مداد، کاغذ یا برگه مخصوص ثبت
- تجهیزات محافظت‌کننده شخصی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار

۱ ـ دستور پزشک یا برنامه مراقبتی پرستاری را از نظر دفعات و روش اندازه‌گیری دما کنترل کنید، دفعات بیشتر اندازه‌گیری به نظر پرستار بستگی دارد. وسایل و تجهیزات مورد نیاز را در میز کنار تخت یا میز کنار دست خود قرار دهید.

دلیل

بررسی و اندازه‌گیری علایم حیاتی در فواصل زمانی مناسب، اطلاعات مهمی را در ارتباط با نحوه وضعیت سلامت بیمار فراهم می‌آورد. قراردادن وسایل در نزدیکی پرستار سبب صرفه‌جویی در زمان و انرژی می‌گردد. چیدن تجهیزات در محدوده دسترس، سبب سهولت در انجام کار می‌شود، و از کشیدگی و پیچ‌خوردن غیرضروری عضلات پرستار اجتناب می‌کند.

کار | **دلیل**

۲ ـ دست‌های خود را بشویید و در صورت لزوم از وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) استفاده نمایید.

بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. نوع PPEs براساس نوع اقدام پرستاری و موارد پیشگیرانه از سرایت بیماری انتخاب می‌شود.

۳ ـ بیمار را شناسایی نمایید.

با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که بیمار دیگری به اشتباه این مراقبت‌ها را دریافت نمی‌نماید و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.

۴ ـ در صورت امکان درب اطاق را ببندید و پرده اطراف تخت را بکشید. درباره اقداماتی که انجام می‌دهید با بیمار صحبت نمایید و توانایی بیمار را در کمک به انجام این اقدامات ارزیابی نمایید.

این امر، خلوت بیمار را فراهم می‌کند. توضیح دادن به بیمار باعث رفع اضطراب از وی شده و بیمار راحت‌تر همکاری می‌نماید. صحبت با بیمار، وی را ترغیب به همکاری می‌نماید و مراقبت پرستاری فردی و جداگانه را امکان‌پذیر می‌سازد.

۵ ـ وسایل را روی میز بالای تخت بیمار به نحوی که در دسترس باشد آماده کنید.

سازمان‌دهی وسایل به سهولت انجام کار کمک می‌کند

۶ ـ مطمئن شوید که دماسنج الکترونیک یا دیجیتال به خوبی کار می‌کند.

عدم کارکرد صحیح دماسنج سبب اشتباه در محاسبه دمای بدن می‌گردد.

۷ ـ در صورت لزوم، از دستکش استفاده نمایید.

دستکش از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کند. معمولاً برای اندازه‌گیری درجه حرارت از راه دهانی، زیربغلی و پرده صماخ، از دستکش استفاده نمی‌شود، مگر اینکه امکان تماس با خون یا مایعات بدن وجود داشته باشد. برای اندازه‌گیری درجه حرارت از راه مقعد، استفاده از دستکش ضروری است.

۸ ـ محل مناسب قراردادن دماسنج را براساس بررسی‌های انجام شده انتخاب نمایید.

این امر سبب دقت در اندازه‌گیری و اطمینان از عدد به دست آمده می‌شود.

۹ ـ برای نوع مناسب دماسنج مورد نظر از مراحل گفته شده در زیر استفاده نمایید.

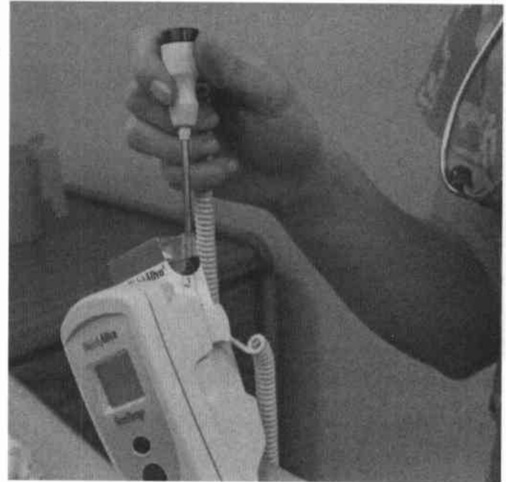
۱۰ ـ پس از اتمام اندازه‌گیری، دستکش‌ها را در آورده، PPEs را بردارید و دست‌هایتان را بشویید.

در آوردن PPEs به طور صحیح سبب کاهش احتمال انتشار عفونت می‌گردد. شستن دست‌ها سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌گردد.

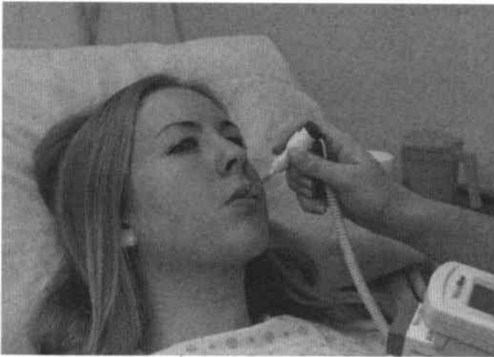
ارزیابی حرارت دهانی

۱۱ ـ دستگاه الکترونیک را از محل شارژ آزاد کنید و پروب را از داخل قسمت ثبت‌کننده خارج کنید.

دستگاه الکترونیک باید برای اندازه‌گیری درجه حرارت بیمار به اتاق بیمار منتقل شود. در بعضی از مدل‌ها، برداشتن پروب دستگاه را روشن می‌کند.



شکل ۱. قراردادن پوشش پروب روی دماسنج

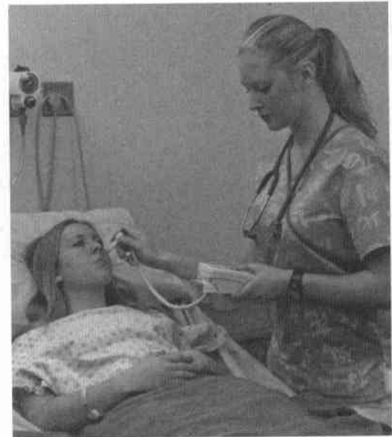


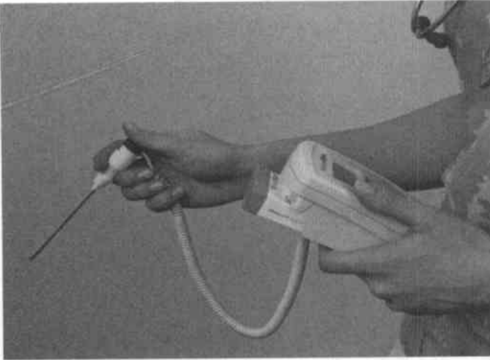
شکل ۲. قرار دادن دماسنج در زیر زبان بیمار در محفظه زیرزبانی خلفی

کار	دلیل
۱۲ ـ پروب دماسنج را با پوشش پروب یک بار مصرف بپوشانید و آن را حرکت دهید تا در محل خود قرار گیرد (جا بیفتد). (شکل ۱)	استفاده از پوشش از آلودگی پروب دماسنج جلوگیری می‌کند.
۱۳ ـ پروب را زیر زبان بیمار در حفره زیرزبانی خلفی قرار دهید (شکل ۲). از بیمار بخواهید تا لب‌های خود را در اطراف پروب ببندد.	هنگامی که پروب به طور عمقی در حفره زیرزبانی خلفی قرار می‌گیرد، در تماس با عروق خونی که نزدیک به سطح جریان دارند، قرار می‌گیرد.
۱۴ ـ به نگهداشتن پروب در زیر زبان ادامه دهید تا صدای یک «بیب» را بشنوید (شکل ۳) که به شما می‌گوید اندازه‌گیری کامل شده است، برای خواندن عدد مربوط به میزان درجه حرارت دقت کنید.	اگر پروب بدون حمایت رها شود، وزن پروب باعث می‌گردد که از محل صحیح دور شود. علامت، نشانگر آن است که اندازه‌گیری کامل شده است. دماسنج الکترونیک نمایش دیجیتال حرارت اندازه‌گیری شده را ارائه می‌نماید.
۱۵ ـ پروب را از دهان بیمار خارج کنید. پوشش پروب را با گرفتن روی یک ظرف مناسب و فشاردادن کلید رهاکننده پروب دور بیندازید. (شکل ۴)	دور انداختن پوشش پروب باعث می‌شود که به طور اتفاقی برای بیمار دیگری استفاده نگردد. استفاده از پروپ یک بار مصرف از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۶ ـ پروب دماسنج را به محل نگهداری درون دستگاه برگردانید و دستگاه الکترونیک را به دستگاه شارژ کننده متصل نمایید تا مطمئن گردید که کاملاً شارژ می‌شود.	دماسنج را برای استفاده بعدی دوباره شارژ می‌کند. در صورت لزوم، دماسنج باید در شارژ بماند تا برای استفاده در هر زمانی آماده باشد.

ارزیابی دمای پرده صماخ

کار	دلیل
۱۷ ـ در صورت نیاز، دکمه ON دستگاه را فشار داده و منتظر شوید تا علامت آماده در دستگاه مشاهده گردد. (شکل ۵)	برای عملکرد مناسب، دستگاه باید روشن و گرم باشد.


شکل ۳. نگه داشتن پروب در محل


شکل ۴. دور انداختن پوشش پروب با فشار دادن تکمه


شکل ۵. روشن‌کردن دستگاه و انتظار برای علامت آماده

کار

۱۸ ـ پوشش پروب صماخی را روی دماسنج در جای خود قرار دهید.

۱۹ ـ با فشاری ثابت اما با دقت و آرام پروب را وارد گوش خارجی کنید. زاویه دماسنج را به طرف فک بیمار قرار دهید (شکل ۶). برای مستقیم شدن کانال شنوایی، لاله گوش را به طرف بالا و عقب بکشید.

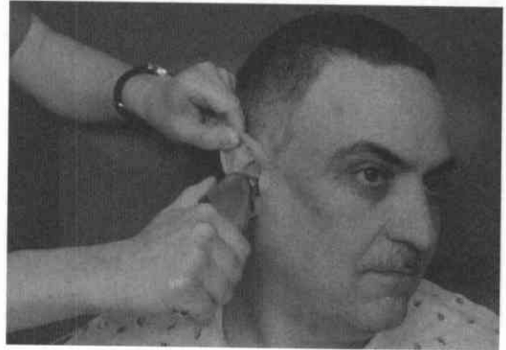
۲۰ ـ دستگاه را با فشاردادن روی دکمه Trigger فعال کنید. بلافاصله دما را بخوانید (معمولاً در عرض دو ثانیه). برای خواندن عدد مربوط به میزان درجه حرارت دقت نمایید.

دلیل

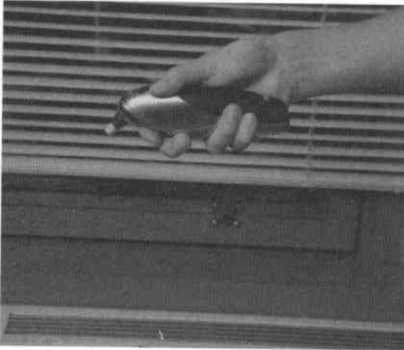
استفاده از پوشش یک بار مصرف از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

اگر پروب به طور صحیح قرار داده نشود، درجه حرارت بیمار پایین‌تر از حد طبیعی نشان داده می‌شود.

دماسنج دیجیتال باید روشن باشد تا درجه حرارت را اندازه‌گیری نماید.



شکل ۶. قراردادن دماسنج پرده صماخ در گوش بیمار



شکل ۷. دور انداختن پوشش پروب.

کار

۲۱ ـ پوشش پروب را با فشاردادن دکمه رهاکننده، در یک ظرف مناسب دور بیندازید (شکل ۷) و دماسنج را در شارژ یا محل نگهداری آن قرار دهید.

دلیل

دورانداختن پوشش پروب این اطمینان را ایجاد می‌کند که این وسیله به طور ناخواسته برای بیمار دیگری استفاده نشود. پوشش یک بار مصرف از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. دماسنج باید روی شارژ قرار گیرد تا در تمام اوقات آماده کار باشد.

ارزیابی درجه حرارت شریان گیجگاهی

۲۲ ـ در صورتی که موی سر بیمار ناحیه گیجگاهی را احاطه کرده است، آن را بتراشید.

هر عاملی که این ناحیه را بپوشاند، اعم از کلاه، مو، کلاه‌گیس و یا بانداژ، آن را عایق نموده و سبب می‌شود تا دمای به دست آمده به اشتباه، بالاتر از حد طبیعی باشد. اندازه‌گیری درجه حرارت باید تنها در سمتی از سر انجام گیرد که در مواجهه با محیط است.

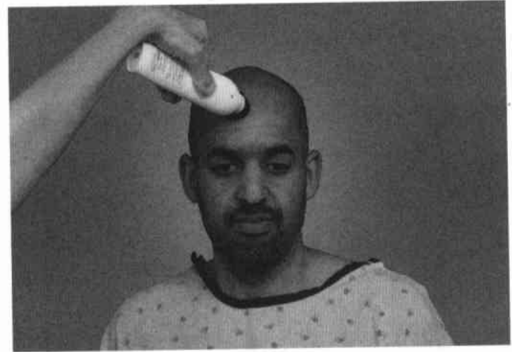
۲۳ ـ از پوشش پروب استفاده نمایید.

استفاده از پوشش سبب ممانعت از آلوده‌شدن پروب دماسنج می‌گردد.

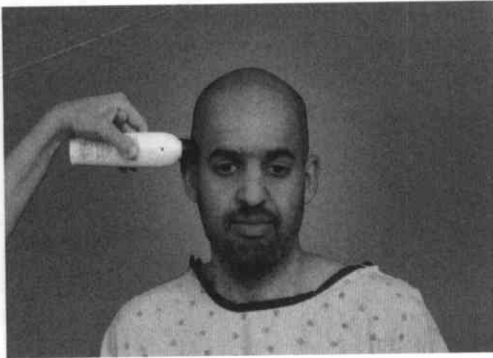
۲۴ ـ دماسنج را مانند یک دستگاه کنترل از راه دور در دست خود بگیرید و شست خود را بر روی دکمه قرمز "روشن" (ON) قرار دهید. ناحیه حساس دماسنج را در وسط پیشانی قرار داده، به طوری که دسته آن به سمت دیگر متمایل باشد (نه به سمت بالا یا پایین) تا بر روی صورت بیمار قرار نگیرد (شکل ۸).

این امر، استفاده آسان از دستگاه و خواندن درجه حرارت آن را امکان‌پذیر می‌سازد. نگاه داشتن دستگاه به صورت سر بالا یا سرِ پایین می‌تواند برای بیمار نگران‌کننده و ترس‌آور باشد، مخصوصاً برای بیماران کم‌سن و سال و یا بیمارانی که دچار اختلالات روانی هستند.

۲۵ ـ دکمه (on) را فشار دهید و در طول اندازه‌گیری نگه دارید.



شکل ۸. قرار دادن پروب دماسنج در وسط پیشانی.



شکل ۹. حرکت دادن پروب به سمت کناره سر.

کار

۲۶ ـ پروب را به آسانی و به طور مستقیم از سمت وسط پیشانی به سمت کناره سر تا ناحیه خط موها بکشید (شکل ۹). در این حین صدایی مانند click از دماسنج شنیده خواهد شد. افزایش سرعت این صداها نشان‌دهنده بالارفتن دماست، در صورتی که صداهای آهسته نشان می‌دهند که دماسنج همچنان در حال ثبت دما می‌باشد، اما دمای بالاتری را تشخیص نداده است.

۲۷ ـ در صورتی که موی کنار صورت، گوش را احاطه کرده است، آن را بتراشید تا ناحیه گردن در زیر لاله گوش در مجاورت هوا قرار گیرد. پروب را از ناحیه پیشانی برداشته و آن را بر روی گردن درست در پشت لاله گوش، در فرورفتگی زیر ماستویید قرار دهید (شکل ۱۰).

۲۸ ـ دست را از روی تکمه برداشته و دمای ثبت شده توسط آن را قرائت نمایید.

۲۹ ـ دماسنج را بر روی یک سطل آشغال گرفته و پوشش پروب آن را به آرامی با انگشت شست خود به سمت جلو هل دهید تا آن را به داخل سطل آشغال بیاندازید.

۳۰ ـ دماسنج به طور خودکار طی ۳۰ ثانیه خاموش می‌شود، در غیر این صورت، تکمه پاور دستگاه را یک بار فشار داده و انگشت خود را بردارید.

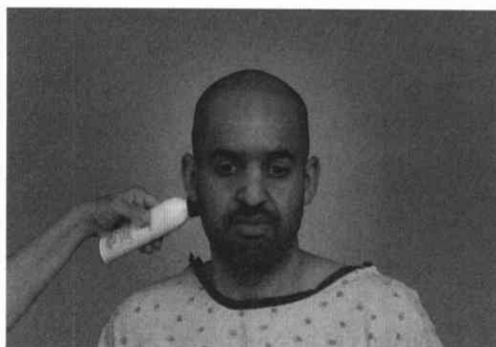
دلیل

در وسط پیشانی، شریان گیجگاهی کمتر از ۲ میلی‌متر در زیر پوست واقع شده است، در حالی که این شریان در کنار صورت به صورت عمقی‌تر قرار گرفته است. اندازه‌گیری دما در این ناحیه ممکن است به اشتباه، درجه حرارت پایین‌تری را نشان دهد.

عرق‌کردن و تبخیر آن از سطح پوست سبب خنک‌شدن پوست پیشانی شده و دماسنج، دمای پایین‌تری را ثبت می‌کند. در حین تعریق، ناحیه‌ای از سر که در پشت لاله گوش واقع شده است، جریان خون بالایی دارد که برای اندازه‌گیری دمای شریانی مناسب است. به این صورت دمای شریان تمپورال را در دو ناحیه به دست می‌آوریم.

با دور انداختن پوشش پروب، اطمینان حاصل می‌کنیم که دیگر از آن به اشتباه برای بیمار دیگری استفاده نمی‌شود.

این کار سبب خاموش‌شدن دماسنج می‌گردد.



شکل ۱۰. قرار دادن پروب در پشت گوش.



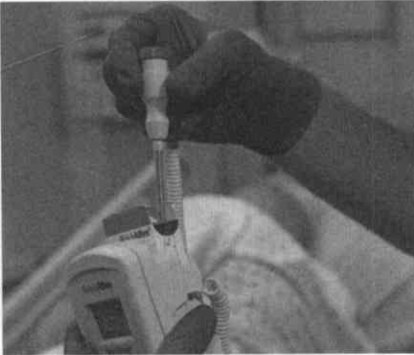
شکل ۱۱. لخت‌کردن بیمار تا جایی که زیر بغل مشخص شود.

ارزیابی درجه حرارت زیربغل

کار	دلیل
۳۱ ـ لباس بیمار را تا جایی که زیربغل مشخص شود، جابه‌جا کنید (شکل ۱۱).	فقط زیربغل بیمار جهت قراردادن درجه حرارت باید در معرض دید باشد. این امر باعث گرم نگه داشتن وی و حفظ شأن او می‌شود.
۳۲ ـ پروب را از سر درجه حرارت الکترونیکی خارج کنید و یک پروب یکبار مصرف روی آن قرار دهید و آن را بچرخانید تا در جای خود قرار گیرد.	استفاده از پوشش سبب پیشگیری از آلودگی درجه حرارت می‌شود.
۳۳ ـ انتهای پروب را در قسمت مرکزی زیربغل قرار دهید (شکل ۱۲). بیمار باید دستش را پایین بیاورد و آن را به بدن بچسباند.	گودترین قسمت زیربغل دقیق‌ترین میزان درجه را نشان می‌دهد. احاطه‌شدن درجه حرارت توسط پوست بدن قابل اطمینان‌ترین میزان حرارت را نشان می‌دهد.
۳۴ ـ پروب را تا شنیدن صدای بیپ در محل نگهدارید و سپس به دقت آن را بردارید. درجه حرارت را با دقت بخوانید.	باید درجه را در محل نگهدارید تا به سطح دقیق برسد.
۳۵ ـ بیمار را بپوشانید و به او کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.	از راحتی بیمار مطمئن می‌شوید.
۳۶ ـ پوشش پروب را توسط نگه داشتن پروب در بالای یک سطل زباله مناسب و فشار دادن دکمه رهاکننده، در ظرف زباله بیاندازید.	دور انداختن پوشش پروب شما را مطمئن می‌سازد که به طور اتفاقی برای بیماران دیگر استفاده نمی‌شود.
۳۷ ـ تخت را پایین بیاورید و نرده‌های محافظ را در صورت لزوم بالا بکشید.	پایین‌آوردن تخت و بالابردن نرده‌های محافظ باعث حفظ ایمنی بیمار می‌شود.
۳۸ ـ درجه حرارت را در دستگاه شارژکننده قرار دهید.	ترمومتر برای استفاده بعدی نیاز به شارژ دارد.

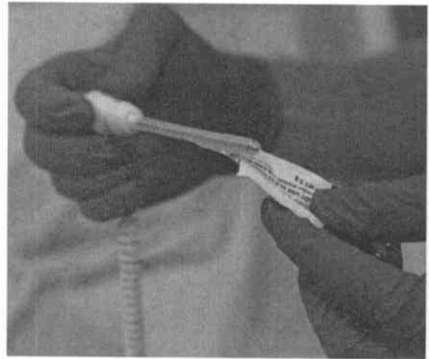


شکل ۱۲. قراردادن درجه حرارت در مرکز زیر بغل

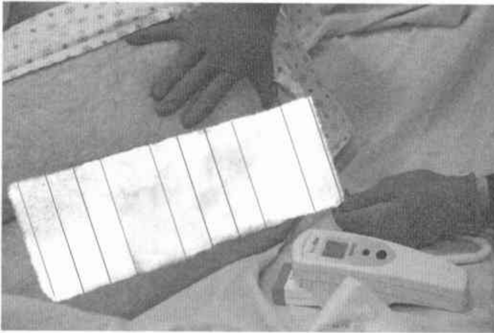


شکل ۱۳. درآوردن پروب و وصل کردن پوشش پروب یک بار مصرف به آن.

کار	دلیل
ارزیابی درجه حرارت مقعدی	
۳۹ ـ تخت بیمار را در ارتفاع مناسبی برای کار قرار دهید. دستکش غیراستریل بپوشید.	قراردادن تخت در ارتفاع مناسب، سبب کاهش فشار بر پشت پرستار می‌شود. دستکش‌ها از تماس با آلودگی و ترشحات بدن جلوگیری می‌کنند.
۴۰ ـ به بیمار کمک کنید تا در وضعیت خوابیده به پهلو بگیرد. پوشش‌ها را در حدی کنار بزنید که فقط باسن نمایان شود.	وضعیت خوابیده به پهلو اجازه می‌دهد که پرستار باسن را ببیند. با نمایان‌کردن باسن و نه قسمت‌های دیگر بدن، پرستار شأن بیمار را حفظ کرده و مراقب است که بیمار گرم باقی بماند.
۴۱ ـ پروب را از درون دستگاه اندازه‌گیری دماسنج الکترونیکی بردارید. پروب را با یک پوشش یک بار مصرف بپوشانید و آن را بچرخانید تا در جای خود گیر کند. (شکل ۱۳)	استفاده از پوشش از آلودگی پروب دماسنج جلوگیری می‌کند.
۴۲ ـ حدود ۲/۵ سانتی‌متر از پروب را با ماده لغزاننده محلول در آب آغشته نمایید. (شکل ۱۴)	لغزانندگی از ایجاد خراش جلوگیری می‌کند و ورود به رکتوم را آسان نموده، تحریک و یا آسیب به غشاءهای مخاطی مقعد را به حداقل می‌رساند.
۴۳ ـ به بیمار اطمینان خاطر بدهید. باسن‌ها را از هم جدا کنید تا اینکه اسفنکتر مقعدی به طور واضح رویت شود.	اگر مستقیماً به داخل سوراخ مقعد داخل نشود، پروب دماسنج ممکن است بافت‌های اطراف را آزرده کند یا سبب ناراحتی شود.
۴۴ ـ پروب دماسنج را باید حدود ۳/۵ سانتی‌متر در بالغین و یا ۲/۵ سانتی‌متر در کودکان داخل مقعد نمایید. (شکل ۱۵)	طول ورود پروب باید مطابق با سایز آناتومیک مقعد براساس سن بیمار باشد و حرارت مقعدی معمولاً در نوزادان اندازه‌گیری نمی‌شود، اما ممکن است گاهی مورد استفاده قرار گیرد.



شکل ۱۴. آغشته کردن نوک پروب به ماده لغزاننده.



شکل ۱۵. وارد کردن دماسنج به مقعد.

کار	دلیل
۴۵ ـ پروب را در محل نگهدارید تا اینکه یک صدای "بیپ" بشنوید، سپس به دقت پروب را بیرون بکشید. به عدد حاصل از اندازه‌گیری درجه حرارت در صفحه نمایش توجه کنید.	اگر بدون حمایت قرار گیرد، حرکت پروب در مقعد سبب آسیب و ناراحتی بیمار می‌شود. علامت صدا نشانگر آن است که اندازه‌گیری کامل شده است. در دماسنج الکترونیک صفحه نمایش دیجیتال درجه حرارت اندازه‌گیری شده را ارائه می‌کند.
۴۶ ـ پوشش پروب را با نگه داشتن پروب روی یک ظرف مناسب زباله و فشردن کلید رها کننده دور بریزید.	پوشش پروب یک بار مصرف از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴۷ ـ با استفاده از دستمال کاغذی مقعد را از هرگونه مدفوع یا مواد لغزاننده اضافی پاک کنید. دستمال کاغذی را دور بیاندازید. دستکش‌ها را در آورده و دور بیندازید.	پاک کردن سبب تمیزی محل می‌شود. دور انداختن دستمال کاغذی از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴۸ ـ بیمار را بپوشانید و به او کمک کنید که در وضعیت راحتی قرار گیرد.	باعث اطمینان از راحتی بیمار می‌شود.
۴۹ ـ تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار دهید و در صورت نیاز نرده محافظ تخت را بالا ببرید.	امنیت بیمار را تأمین می‌کند.
۵۰ ـ دماسنج را به دستگاه شارژ کننده برگردانید.	دماسنج جهت استفادهٔ بعدی نیاز به شارژ دارد.

ثبت

راهنمایی‌ها

درجهٔ حرارت را در برگه یادداشت یا به صورت کامپیوتری ثبت کنید. یافته‌های غیرطبیعی را به فرد مسئول آن گزارش کنید. در صورتی که به روشی غیر از خوراکی انجام می‌شود، آن را مشخص کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- درجه حرارت خوانده شده بالاتر یا پایین‌تر از میزان مورد انتظار بسته به نحوهٔ انجام پرستار است: درجه حرارت را مجدداً با ترمومتری دیگر مورد اندازه‌گیری قرار دهید. امکان دارد ترمومتر به درستی تنظیم نباشد. اگر از یک ترمومتر پردهٔ صماخ

استفاده می‌کنید، در صورتی که پروپ به اندازه کافی به گوش نزدیک نشود درجه حرارت پایین‌تر نشان داده می‌شود.

- اگر در حین اندازه‌گیری درجه حرارت رکتال بیمار احساس گیجی و ضعف می‌کند: سریعاً ترمومتر را خارج کنید. فوراً فشارخون و ضربان قلب را اندازه‌گیری کنید. به پزشک اطلاع دهید. مجدداً از حرارت‌سنج رکتال استفاده نکنید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- دماسنج‌های شیشه‌ای غیرجیوه‌ای که برای سَنجش درجه حرارت دهانی به کار می‌روند، عموماً دارای لوله‌ای دراز هستند که حبابی‌نازک دارد. حباب دماسنج‌های مقعدی نوک‌تیز نمی‌باشد تا از وقوع آسیب جلوگیری نماید.
- در صورتی که بیمار سیگار کشیده است، آدامس جویده است، غذا یا مایعات سرد و گرم خورده است، ۳۰ دقیقه صبر کنید تا بافت‌های دهانی به درجه حرارت طبیعی بازگردد و سپس از یک دماسنج دهانی استفاده کنید.
- به نظر نمی‌رسد دریافت اکسیژن از طریق بینی بر میزان دماسنج دهانی تأثیری بگذارد. دماسنج‌های دهانی برای بیماران دارای ماسک اکسیژن استفاده نمی‌شود. درآوردن ماسک در زمان اندازه‌گیری درجه حرارت می‌تواند سبب کاهش شدید سطح اکسیژن خون بیمار گردد.
- هنگامی که از یک دماسنج پردهٔ صماخ استفاده می‌کنید اطمینان حاصل نمایید که پروب کاملاً و به اندازه کافی در کانال گوش وارد شده است و مجرای گوش را پوشانده است تا بتوانید به نتیجه‌ای مطلوب دست یابید.
- کثیف‌بودن عدسی و مخروط دماسنج‌های شریان گیجگاهی می‌تواند سبب اشتباه در اندازه‌گیری شده و درجه حرارت کمتری نشان داده شود. اگر ظاهر عدسی دماسنج شفاف نیست، عدسی و مخروط را با یک پنبه الکلی و یا سوآپی که به الکل آغشته شده است، تمیز نمایید.
- در صورتی که زیر بغل بیمار شسته شده است ۱۵ تا ۳۰ دقیقه صبر کنید تا پوست به درجه حرارت طبیعی بازگردد و سپس از دماسنج زیربغلی استفاده کنید.
- درجه نشان داده شده با دماسنج زیربغلی به طور معمول حدود یک درجه کمتر از دماسنج دهانی می‌باشد. درجه دماسنج رکتال به طور معمول یک درجه بالاتر است.

ملاحظات مربوط به نوزادان و کودکان

- در هنگام اندازه‌گیری دمای پرده صماخ در کودکان کوچکتر از سه سال، لاله گوش را به سمت عقب و پایین فشار دهید. برای کودکان بزرگتر از سه سال نیازی به دستکاری لاله گوش نمی‌باشد.
- کودکان تمرکز کمتری دارند و در بسته نگه داشتن لب‌ها به مدت کافی به منظور دستیابی به درجهٔ حرارت صحیح دارای مشکل می‌شوند. براساس میزان توانایی کودک در همکاری می‌توان درجه حرارت را از طریق گیجگاهی یا پردهٔ صماخ اندازه‌گیری کرد.
- دماسنج‌های شیمیایی dot (عرق موجود روی پوست با دماسنج تماس پیدا می‌کند) برخی اوقات به عنوان یک مورد انتخابی در وسایل متخصصین کودکان مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. این دماسنج‌های تک‌کاره، یک بار مصرف و قابل انعطاف دارای ترکیبات شیمیایی خاص در یک چرخه می‌باشند که با تغییر رنگ درجه حرارت بیش از ۰/۲ درجه فارنهایت را اندازه می‌گیرد. دماسنج را در دهان و کنار خلفی تیغه زیر زبانی به نحوی که نقطه حسگر به سمت پایین باشد قرار دهید. این دماسنج را در دهان به مدت یک دقیقه، در زیر بغل به مدت ۳ دقیقه و در رکتوم به مدت ۳ دقیقه قرار دهید، تغییر رنگ را ۱۰ تا ۱۵ ثانیه پس از خارج‌کردن دماسنج ملاحظه نمایید. درجه حرارت را دور از هرگونه منبع حرارتی اندازه‌گیری کنید. دماسنج‌های شیمیایی dot به صورت پوشش‌دار و با قابلیت مصرف مداوم نیز موجود می‌باشد. این دماسنج‌ها در زیر بغل

مورد استفاده قرار می‌گیرند و باید برای ۲ تا ۳ دقیقه در محل باقی بمانند و سپس خوانده شوند. هر ۴۸ ساعت، دماسنج را جایگزین نموده و پوست آن ناحیه را بررسی نمایید.

- انجمن پرستاران کودکان (SPN) اذعان دارد که سنجش دمای شریان گیجگاهی برای شیرخوارانی با سن کمتر از ۹۰ رو که فاقد تب هستند مناسب است و علاوه بر آن می‌تواند برای شیرخواران بالای ۹۰ روز چه تب داشته باشند یا خیر و چه بیمار باشند یا سالم، بکار گرفته شود. SPN پیشنهاد می‌کند که روش سنجش دمای شریان گیجگاهی نباید در شیرخوارانی با سن ۹۰ روز یا کمتری که دچار بیماری و یا تب هستند مورد استفاده قرار گیرد. در این دسته از نوزادان باید از روش رکتال استفاده شود، مگر آنکه به واسطه تشخیص بیماری، از انجام آن منع شده باشیم که در این صورت از روش زیربغلی برای سنجش درجه حرارت بدن استفاده می‌شود. علاوه بر این، در کودکان ۶ ماهه یا بزرگتر می‌توان از روش سنجش حرارت از طریق پرده صماخ و دهان استفاده نمود، به شرطی که موقعیت قرارگیری گوش طبیعی باشد (در روش پرده صماخی) و بیمار قادر به همکاری باشد (در روش دهانی).

ملاحظات مراقبت در منزل

- به بیماران بیاموزید چگونه از دماسنج‌های دیجیتالی یا الکترونیکی استفاده کنند تا پس از مصرف تمیز شود و از انتقال میکروارگانیسم‌ها بین اعضاء خانواده جلوگیری به عمل آید. پاک‌کردن پروب باید طبق دستورالعمل کارخانه سازنده انجام شود.
- به بیمار بیاموزید از دماسنج‌های شیشه‌ای غیرجیوه‌ای استفاده نکند تا بتوانند درجه حرارت را پس از استفاده در آب صابون گرم و سپس آب سرد شستشو دهند. دماسنج را در محل مناسب نگه دارید تا از شکستگی و آسیب به شیشهٔ آن جلوگیری شود.
- دماسنج‌های پستانکی شکل که بر روی زبان قرار می‌گیرند، نیز برای غربالگری تب در دسترس می‌باشند. عددی را که این دماسنج‌ها در منزل نشان می‌دهند تقریباً برابر است با دمای ناحیه مقعد. این نوع از دماسنج‌ها را باید برطبق دستورات شرکت سازنده آن، به مدت ۳ تا ۶ دقیقه در دهان قرار داد.

روش کار ۲-۱ ارزیابی نبض‌های محیطی با لمس

نکات قابل توجه

اندازه‌گیری نبض‌های رادیال و براکیال توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد. هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ساعتی که ثانیه را با عقربه یا عدد نشان می‌دهد.
- دستکش یک بار مصرف، در صورت لزوم و PPEهای اضافی
- مداد یا خودکار، کاغذ یا برگه مخصوص ثبت در صورت نیاز

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ ـ برای بررسی تعداد دفعات اندازه‌گیری نبض دستور پزشک یا طرح مراقبتی پرستاررا کنترل نمایید. میزان دفعات مناسب اندازه‌گیری نبض بستگی به نظر پرستار دارد.	بررسی و اندازه‌گیری علایم حیاتی در فواصل مناسب، اطلاعات مهمی را در ارتباط با وضعیت سلامت بیمار به ما می‌دهد.
۲ ـ دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس روش‌های جلوگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۳ ـ بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، مراقبت‌ها را دریافت می‌کند و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ ـ پرده اطراف تخت را بکشید و درب اتاق را در صورت امکان ببندید. در ارتباط با مداخلاتی که انجام می‌دهید با بیمار صحبت کرده و توانایی وی را در همکاری با خود ارزیابی نمایید.	این امر خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. توضیح دادن روش کار به بیمار سبب برطرف‌شدن اضطراب وی شده و تمایل بیمار به همکاری افزایش می‌یابد.
۵ ـ در صورت لزوم دستکش‌ها را بپوشید.	معمولاً برای اندازه‌گیری تعداد ضربان از دستکش استفاده نمی‌شود، مگر اینکه امکان مواجهه با خون یا ترشحات بدن وجود داشته باشد. دستکش‌ها از تماس مستقیم با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند.
۶ ـ محل مناسب را براساس ارزیابی‌های انجام شده انتخاب نمایید.	امنیت و صحت اندازه‌گیری را تضمین می‌کند.

کار

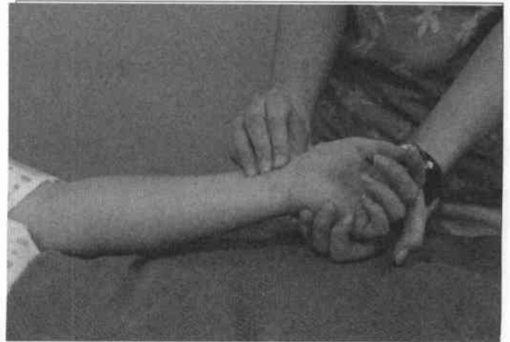
۷ ـ لباس بیمار را خارج کنید تا فقط محل انتخاب شده در معرض دید باشد.

دلیل

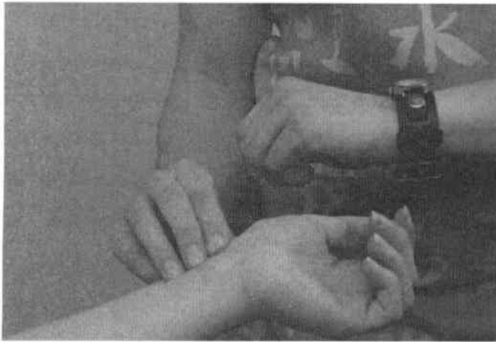
برای اندازه‌گیری نبض محل مورد نظر باید در معرض دید قرار گیرد. در معرض دید قرارگرفتن تنها محل مورد نظر موجب می‌گردد تا بیمار گرم بماند و شأن خود را حفظ کند.

۸ ـ انگشتان اول، دوم و سوم خود را در طول شریان رادیال بیمار قرار دهید (شکل ۱) و به آرامی آنها را روی استخوان رادیال فشار دهید. انگشت شست خود را به پشت مچ دست بیمار قرار دهید.

حساسیت سر انگشتان می‌تواند ضربان شریان را حس نماید.



شکل ۱. لمس نبض رادیال



شکل ۲. شمارش نبض

۹ ـ در دست دیگر ساعت ببندید و تعداد نبض را برای ۳۰ ثانیه شمارش کنید (شکل ۲). این تعداد را در عدد ۲ ضرب کنید تا تعداد ضربان در یک دقیقه به دست آید. در صورتی که تعداد، ریتم و یا دامنه نبض غیرطبیعی بود، نبض را حداقل به مدت یک دقیقه یا بیشتر اندازه‌گیری کنید.

صحت اندازه‌گیری و کنترل را تضمین می‌کند.

۱۰ ـ به ریتم و دامنه نبض توجه کنید.

ارزیابی بیشتر در مورد بیمار قلبی عروقی را تأمین می‌کند.

۱۱ ـ پس از اتمام اندازه‌گیری، دستکش‌ها را در بیاورید. بیمار را بپوشانید و به او کمک کنید تا در یک وضعیت راحت قرار گیرد.

خارج‌کردن PPE ریسک انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. راحتی بیمار تضمین می‌شود.

۱۲ ـ اگر از PPEهای اضافی استفاده شده، آنها را خارج نمایید و دست‌های خود را بشویید.

خارج‌کردن PPE ریسک انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

میزان نبض را در برگه یادداشت یا به صورت کامپیوتری ثبت کنید. یافته‌های غیرطبیعی را به فرد مسئول آن گزارش کنید.

وضعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- نبض نامنظم است: نبض را به مدت یک دقیقه کامل کنترل کنید. اگر نتوانستید نبض را احساس کنید به مدت یک دقیقه در ناحیه اپیکال کنترل کنید. اگر تغییری در نبض بیمار وجود داشت به فرد مسئول گزارش کنید.
- نبض به آسانی لمس می‌شود: ولی سپس محو می‌گردد: تنها فشار مختصری را بر روی نبض وارد نمایید. اعمال فشار بیش از حد ممکن است نبض را محو نماید.
- نمی‌توانید نبض را حس کنید: از یک داپلر اولتراسوند پرتابل برای اندازه‌گیری نبض استفاده کنید. در صورتی که در اندازه‌گیری تغییری به وجود آمد به پزشک اطلاع دهید. در صورتی که با استفاده از یک داپلر اولتراسوند نتوانستید نبض را پیدا کنید به پزشک اطلاع دهید. در صورتی که به وسیلهٔ یک داپلر اولتراسوند توانستید نبض را پیدا کنید یک علامت ضربدر (×) کوچک در نقطه‌ای که نبض قرار دارد بگذارید. این کار موجب می‌شود تا نبض آسانتر حس شود زیرا محل دقیق نبض شناسایی می‌شود.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- تعداد ضربان قلب طبیعی با افزایش سن تغییر می‌یابد.
- هنگامی که نبض کاروتید را لمس می‌کنید به آرامی تنها یک سمت گردن را فشار دهید. هرگز سعی نکنید همزمان دو طرف شریان کاروتید را لمس نمایید. این امر می‌تواند موجب کاهش جریان خون مغزی شود.
- در صورتی که اندازه‌گیری دقیق نبض‌های محیطی به دلیل بی‌نظمی، یا سرعت بیش از حد مشکل می‌باشد، ضربان نبض اپیکال می‌بایست مورد اندازه‌گیری قرار گیرد.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- برای کودکان زیر ۱۰ سال اندازه‌گیری نبض اپیکال بهترین روش کنترل نبض می‌باشد. در کودکان زیر ۲ سال از نبض رادیال استفاده نشود زیرا احساس آن در این گروه سنی مشکل می‌باشد. در کودکان با سن بالاتر، نبض رادیال برای یک دقیقه کامل شمارش شود. (دستورالعمل ۳-۲۴ صفحه ۵۹۲ را ببینید).
- در صورتی که کودک دچار مشکل قلبی و یا نقایص مادرزادی قلب است، تعداد نبض اپیکال را بررسی نمایید.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- به بیمار و خانوادهٔ او بیاموزید که چگونه نبض بیمار را بگیرند.
- به بیمار و خانواده او در مورد ابزار کنترل دیجیتالی نبض اطلاع‌رسانی کنید.
- به خانواده بیمار چگونگی تعیین محل و کنترل نبض‌های محیطی را آموزش دهید.

روش کار ۳-۱ ارزیابی تنفس

نکات قابل توجه

اندازه‌گیری تنفس توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ساعتی که ثانیه را با عقربه یا عدد نشان می‌دهد.
- مداد یا خودکار، کاغذ یا برگه ثبت
- PPE، در صورت نیاز

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - همچنان که هنوز انگشت شما برای شمارش تعداد نبض در محل مربوطه قرار دارد، به تنفس بیمار توجه کنید (شکل ۱).	اگر بیمار حس کند که نفس‌های او شمارش می‌شود، ممکن است تعداد آن را تغییر دهد.



شکل ۱. ارزیابی تنفس

کار	دلیل
۲ - به بالا و پایین رفتن قفسه سینه بیمار توجه نمایید.	یک دوره کامل تنفس شامل یک دم و یک بازدم است.
۳ - با استفاده از ساعتی که ثانیه شمار دارد، تعداد تنفس را حداقل به مدت ۳۰ ثانیه شمرده و عدد به دست آمده را در ۲ ضرب نمایید تا تعداد تنفس در یک دقیقه به دست آید.	برای مشاهده تعداد، عمق و سایر مشخصات تنفس زمان کافی مورد نیاز است.
۴ - اگر به هر دلیلی تنفس غیرطبیعی است، حداقل برای مدت یک دقیقه کامل آن را بشمارید.	با افزایش زمان اندازه‌گیری می‌توان به نابرابربودن زمان بین تنفس‌ها پی برد.
۵ - عمق و ریتم تنفس را یادداشت کنید.	موجب بررسی‌های بیشتر در ارتباط با وضعیت تنفسی بیمار می‌شود.

کار	دلیل
۶ – پس از اتمام کار، اگر دستکش پوشیده‌اید، آنها را در بیاورید. بیمار را بپوشانید و به او کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.	خارج‌کردن دستکش خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. از راحتی بیمار اطمینان پیدا کنید.
۷ – در صورت استفاده از PPEهای اضافی، آنها را در بیاورید. دست‌های خود را بشویید.	خارج‌کردن PPE خطر انتشار عفونت و ابتلا به آلودگی را کاهش می‌دهد. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی ها

- تعداد ـ عمق و سیستم تنفس را در برگه یادداشت یا به صورت کامپیوتری ثبت کنید. یافته‌های غیرطبیعی را به فرد مسئول گزارش کنید.

موقعیت های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- دم و بازدم بیمار به قدری سطحی است که شما نمی‌توانید آن را شمارش کنید: برخی اوقات شمارش دم و بازدم به وسیلهٔ گوش دادن به صداهای تنفسی آسانتر است. به مدت ۳۰ ثانیه به صدای ریه گوش دهید و دم و بازدم را شمارش کنید، عدد به دست آمده را در ۲ ضرب نمایید تا تعداد تنفس در یک دقیقه به دست آید. تعداد تنفس و سطحی بودن دم و بازدم را به پزشک اطلاع دهید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- در صورتی که تعداد تنفس نامنظم است، تنفس را به مدت یک دقیقه شمارش کنید.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- در نوزادان تنفس را به مدت یک دقیقه کامل شمارش کنید به دلیل اینکه به طور طبیعی نوزاد ریتم نامنظم دارد.
- تنفس را در شیرخواران و کودکان هنگامی بررسی نمایید که آنها در حال استراحت بوده و یا کاملاً آرام نشسته‌اند، زیرا هنگامی که نوزاد گریه می‌کند، غذا می‌خورد و یا فعالیت بیشتری انجام می‌دهد، اغلب تعداد تنفس تغییر می‌کند.
- تنفس شیرخواران عمدتاً دیافراگمی است. حرکات شکمی را شمارش نمایید تا بدین طریق تعداد تنفس را به دست آورید. پس از یک سالگی، برای شمارش تعداد تنفس، حرکات قفسه سینه را بشمارید.

روش کار ٤-١ ارزیابی فشارخون توسط سمع

نکات قابل توجه

اندازه‌گیری فشار خون شریانی بازویی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- گوشی پزشکی (استتوسکوپ)
- بازوبند فشارخون با اندازه مناسب
- پنبه الکلی
- دستگاه سنجش فشارخون
- مداد یا خودکار، کاغذ یا برگه ثبت
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPE)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - برای بررسی تعداد دفعات اندازه‌گیری فشارخون دستور پزشک یا طرح مراقبتی پرستار را کنترل نمایید. دفعات بیشتر اندازه‌گیری فشارخون بستگی به نظر پرستار دارد.	این امر موجب فراهم‌آوردن امنیت بیمار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE را بپوشید.	شستن دست‌ها و استفاده از PPE مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود. نوع PPE براساس روش جلوگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	شناسایی بیمار به ما اطمینان می‌دهد که همان بیمار مورد نظر، خدمات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. در ارتباط با نحوه انجام کار با بیمار صحبت نمایید و توانایی بیمار را در کمک به اجرای آن ارزیابی کنید. اطمینان حاصل نمایید که بیمار برای چند دقیقه آرام در جای خود قرار گیرد.	این امر خلوت بیمار را تأمین می‌کند. توضیح درباره روش انجام کار سبب از بین رفتن اضطراب بیمار شده و همکاری وی را تسریع می‌نماید. انجام فعالیت، درست پیش از اندازه‌گیری فشارخون می‌تواند منجر به اخذ نتایج نادرست شود.
۵ - در صورت لزوم، از دستکش استفاده کنید.	دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند. معمولاً دستکش‌ها برای سنجش فشارخون مورد نیاز نمی‌باشند، مگر اینکه خطر تماس با خون یا مایعات بدن وجود داشته باشد.
۶ - جهت بستن بازوبند، بازوی مناسب را انتخاب کنید.	ممکن است اندازه‌گیری فشارخون به طور موقت مانع از گردش خون در اندامی که بیمار یا مشکل‌دار است، شود.

کار

۷ – بیمار در وضعیت راحت دراز بکشد یا بنشیند. ساعد او در سطح قلب و کف دست به سمت بالا باشد (شکل ۱). اگر سنجش فشارخون در وضعیت ایستاده انجام می‌گیرد، بازو را بر روی یک بالشت قرار دهید. در وضعیت نشسته، یا خودتان بازو را نگه دارید و یا آن را بر روی میز کنار تخت قرار دهید. اگر بیمار نشسته است به وی گوشزد نمایید که به صندلی تکیه دهد. علاوه بر این، مطمئن شوید که پاها بر روی یکدیگر قرار نگرفته باشند.

دلیل

موقعیت قرارگیری بازو می‌تواند تأثیر بسزایی در اندازه‌گیری فشار خون داشته باشد. اگر بازو در زیر سطح دهلیز راست قرار گیرد، عدد به دست آمده بسیار بزرگ خواهد بود. اگر بازو در بالای سطح قلب قرار گیرد، عدد به دست آمده بسیار کوچک خواهد بود. اگر بیمار تکیه نداده باشد، ممکن است فشار دیاستولی به اشتباه افزایش یابد. اگر پاها بر روی یکدیگر قرار داشته باشند، ممکن است فشار سیستولی به اشتباه افزایش یابد. در این نحوه قرارگیری، شریان براکیال (بازویی) در طرف داخل آرنج قرار گرفته، به طوری که قسمت بل دیافراگم گوشی می‌تواند به سادگی بر روی آن قرار گیرد. این نحوه نشستن باعث می‌شود که فشار خون به دقت ثبت گردد. وضعیت نشسته سبب اطمینان از اندازه‌گیری صحیح فشارخون می‌گردد.

کار

۸ – لباس‌هایی که روی شریان بازویی را پوشانیده خارج کرده یا بالا ببرید. اگر آستین تنگ نیست آن را در حدی که بالاتر از محل بازوبند قرار گیرد بالا بزنید.

دلیل

در صورتی که لباس روی شریان را بپوشاند باعث ایجاد تداخل در صدای قلب شده و ممکن است موجب اشتباه در خواندن فشارخون گردد. لباس‌های تنگ روی بازو، موجب تجمع خون شده و احتمالاً فشار، اشتباه خوانده می‌شود.

کار

۹ – محل شریان بازویی را لمس کنید. قسمت مرکزی کیسه داخل بازوبند را روی شریان بازویی در حدود میانه بازو قرار دهید به طوری که لبه پایین بازوبند در حدود ۲/۵ الی ۵ سانتی‌متر بالاتر از قسمت داخلی آرنج قرار گیرد. لوله‌ها از لبه بازوبند به طرف آرنج امتداد یابد. (شکل ۲)

دلیل

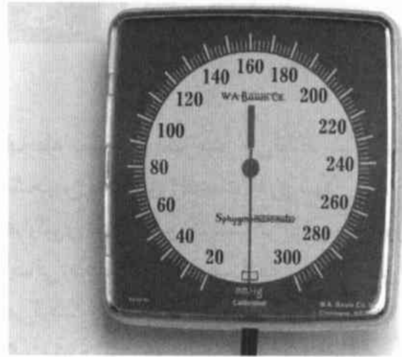
هنگام استفاده از بازوبند، فشار مستقیماً بر روی شریان وارد می‌شود که موجب دقیق خواندن می‌گردد، اگر بازوبند از گوشی دور باشد احتمال اشتباه خواندن فشارخون وجود دارد. در صورتی که بازوبند برعکس بسته شود و لوله‌ها به طرف سر بیمار بالا باشد فشارخون اشتباه خوانده می‌شود.



شکل ۱. قراردادن دست بیمار در وضعیت مناسب و استفاده از شریان براکیال برای اندازه‌گیری فشارخون.



شکل ۲. قراردادن کاف فشارسنج.



شکل ۳. مطمئن شدن از اینکه عقربه روی صفر قرار دارد.



شکل ۴. لمس شریان بازویی.

کار

۱۰ – بازوبند را صاف و یکنواخت دور بازو ببندید، و انتهای آن را کاملاً زیر پیچش قبلی قرار دهید. اجازه ندهید لباس بیمار مانع از جایگذاری صحیح بازوبند گردد.

دلیل

بستن صاف، یکنواخت و مناسب بازوبند باعث اعمال فشار یکسان در محل شده و به اندازه‌گیری صحیح فشارخون کمک می‌کند. اگر بازوبند خیلی شل بسته شده باشد باعث اشتباه در تعیین فشارخون می‌گردد.

۱۱ – توجه داشته باشید که عقربه فشارسنج بر روی عدد صفر قرار داشته باشد (شکل ۳). کنترل نمایید که مانومتر جیوه‌ای در وضعیت عمودی قرار گیرد. جیوه باید در نقطه صفر و هم سطح چشم باشد. اگر از مانومتر عقربه‌ای استفاده می‌شود، سر سوزن نشانگر اعداد باید روی صفر قرار داشته باشد.

چنانچه عقربه روی صفر نباشد، ممکن است اندازه‌گیری فشارخون صحیح نباشد. کج قرارگرفتن مانومتر جیوه‌ای باعث کاهش دقت درجه‌بندی شده و نامناسب‌بودن ارتفاع جهت خواندن شماره منجر به اشتباه در خواندن فشارخون می‌شود.

تخمین فشار سیستولیک

۱۲ – با فشار ملایم نوک انگشتان، نبض را در محل شریان بازویی یا رادیال لمس نمایید. (شکل ۴)

با لمس‌کردن می‌توان به صورت تقریبی فشار سیستولیک را اندازه‌گیری کرد.

۱۳ – پیچ دریچه پمپ هوا را ببندید.

در صورت بازبودن دریچه، کیسه داخلی بازوبند باد نمی‌شود.

۱۴ – در حالی که همچنان نبض شریانی را لمس می‌کنید بازوبند را باد کنید و به عددی که در آنجا نبض ناپدید می‌گردد توجه نمایید.

نقطه‌ای که نبض ناپدید می‌شود تقریباً همان فشار سیستول است. برای تشخیص دقیق صداهای کورتکوف لازم است بازوبند تا فشاری بالاتر از نقطه‌ای که نبض حس نمی‌شود باد گردد.

۱۵ – بازوبند را از هوا خالی کرده و ۱ دقیقه صبر کنید.

وقفه مختصر قبل از برقراری جریان، اجازه می‌دهد که خون مجدداً پر شده و گردش خون در بازو برقرار شود.

کار | **دلیل**

اندازه‌گیری فشار خون

۱۶ – در حالتی قرار گیرید که بیش از یک متر از قسمت مدرج دستگاه فشارسنج فاصله نداشته باشید.

فاصله بیشتر از یک متر می‌تواند منجر به اشتباه در تشخیص اعداد روی قسمت مدرج شود.

۱۷ – گوشی را داخل مجرای گوش بگذارید. به طوری که مستقیماً داخل مجرای گوش قرار گیرد.

قرارگیری صحیح این قسمت در گوش مانع ورود صداهای اضافی محیط شده و سبب انتقال صدا به صورت واضح‌تر می‌گردد.

۱۸ – بل یا دیافراگم گوشی را به صورت محکم و با مختصری فشار روی شریان بازویی قرار دهید (شکل ۵). گوشی با لباس یا بازوبند تماس نداشته باشد.

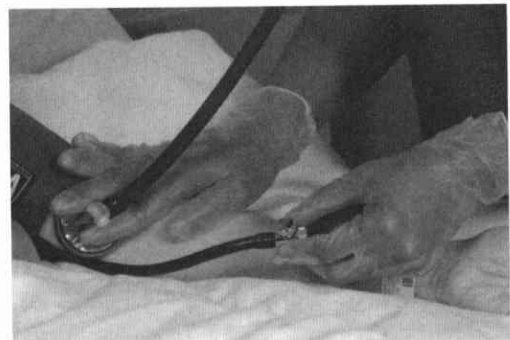
ثابت شده است که قراردادن بل یا دیافراگم روی شریان، صحت خواندن را افزایش می‌دهد. فشار زیاد روی شریان بازویی آن را از شکل طبیعی خارج نموده و موجب تغییراتی در صدا می‌گردد. قراردادن بل و دیافراگم دورتر از لباس و بازوبند از ایجاد سروصدای اضافی (که از شنیدن صداهای مربوط به جریان خون ممانعت می‌نماید) جلوگیری می‌کند.

۱۹ – پمپاژ را تا ۳۰ میلی‌متر جیوه بالاتر از نقطه‌ای که فشار سیستولیک لمس شده ادامه دهید، دریچه مانومتر را باز کرده و اجازه دهید هوا به آهستگی خارج شود (اجازه دهید که در هر ثانیه، عقربه فشارسنج ۲ تا ۳ میلی‌متر پایین بیاید).

افزایش فشار تا بالاتر از نقطه‌ای که نبض ناپدید می‌شود به ما اطمینان می‌دهد که مرحله قبل از شنیدن اولین صدا (که با فشار سیستولیک منطبق است) را می‌شنویم. این مسئله اشتباه در تشخیص صداهای مرحله دوم با مرحله اول را منتفی می‌کند.

۲۰ – به نقطه‌ای از درجه‌بندی که صدای واضح ولی ضعیف شنیده می‌شود و شدت آن به آهستگی افزایش می‌یابد توجه نمایید. این نقطه همان فشار سیستولیک است (شکل ۶). فشارهای با اختلاف ۲mmHg را بخوانید.

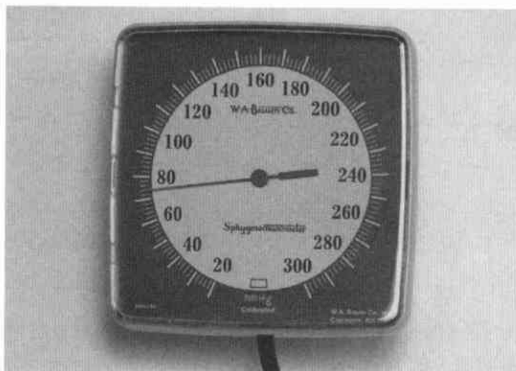
فشار سیستولیک اولین نقطه‌ای است که خون شریانی می‌تواند با نیروی خود برابر با فشار وارده از بازوبند از رگ عبور نماید. اولین صدا، مرحله اول صدای کورتکوف است.



شکل ۵. نحوهٔ صحیح قراردادن دیافراگم گوشی



شکل ۶. اندازه‌گیری فشار سیستولیک



شکل ۷. اندازه‌گیری فشار دیاستولیک

کار	دلیل
۲۱ – برای سنجش مجدد فشار سیستولیک، در حین خروج هوا، کاف را دوباره باد نکنید.	بادکردن مجدد کاف در حین اخذ فشارخون، برای بیمار ناخوشایند است و ممکن است سبب اشتباه در خواندن فشار گردد. بادکردن مجدد کاف سبب تجمع خون در بازوی تحتانی شده که این امر از بلندی صداهای کورتکوف می‌کاهد.
۲۲ – به نقطه‌ای که در آن صدا به طور کامل قطع می‌شود، توجه نمایید (شکل ۷). فشارهای با اختلاف ۲mmHg را بخوانید.	نقطه‌ای که در آن صدا محو می‌شود، با شروع مرحله ۵ صداهای کورتکوف همزمان است و عموماً فشار ثبت شده در این زمان را فشار دیاستولیک در نظر می‌گیرند.
۲۳ – اجازه دهید که هوای باقیمانده در کاف به سرعت خارج شود. می‌توانید هر اندازه‌گیری مشکوکی را دوباره انجام دهید، اما باید بین آنها حداقل ۱ دقیقه فاصله باشد. در طی این فاصله هوای داخل کاف باید کاملاً تخلیه شود.	اگر اخذ فشارخون به طور مکرر انجام گیرد، ممکن است خون در اندام تجمع یافته و بدین ترتیب عدد به دست آمده اشتباه باشد.
۲۴ – پس از اتمام اندازه‌گیری فشارخون، کاف را از روی بازو بردارید. در صورت پوشیدن دستکش، آنها را در بیاورید. بیمار را بپوشانید و به او کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.	خارج‌کردن دستکش‌ها خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد، از راحتی بیمار اطمینان پیدا کنید.
۲۵ – دیافراگم گوشی را با یک پنبه الکلی تمیز نمایید. فشارسنج را تمیز نموده و آن را در جای مخصوص خود قرار دهید تا به سادگی در دسترس باشند.	تمیزکردن صحیح تجهیزات، از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. کلیه لوازم و تجهیزات باید برای استفاده‌های بعدی آماده باشند.
۲۶ – اگر از PPEهای اضافی استفاده کرده‌اید، آنها را خارج نمایید. دست‌ها را بشوئید.	خارج‌کردن PPE خطر انتشار عفونت و ابتلا به آلودگی را کاهش می‌دهد. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

- فشارخون را در برگه یادداشت کنید، یا بصورت کامپیوتری ثبت کنید. یافته‌های غیرطبیعی را به فرد مسئول گزارش کنید. محل اندازه‌گیری فشارخون و سمع آن را گزارش کنید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- در اولین ارزیابی پرستاری از بیمار فشارخون هر دو بازو را اندازه‌گیری کنید. به طور طبیعی اختلاف فشار سیستولیک بین دو بازو حدود ۵ تا ۱۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد. برای اندازه‌گیری فشار خون‌های بعدی از بازویی که فشار بالاتر را نشان داده استفاده کنید.
- در صورتی که در شنیدن صدای فشارخون مشکل دارید، بازوی بیمار را در حالی که بازوبند فشارسنج به آن متصل است برای مدت ۳۰ ثانیه به بالای سر بیمار ببرید.
- هنگامی که بازو در بالای سر بیمار قرار گرفته بازوبند را باد کرده و سپس به آرامی در حالی که بازو را حمایت می‌کنید، دست را پایین بیاورید. هنگامی که به صدای کورتکوف گوش می‌دهید، گوشی و بازوبند را در وضعیت عادی قرار دهید. بالابردن بازو به بالای سر در هنگامی که خون وارد قسمت‌های پایین بازو می‌شود پرخونی عضو را کاهش می‌دهد، اختلافات فشار را افزایش می‌دهد و صداها را قوی‌تر و متمایز می‌کند.
- فشار خون را می‌توان به وسیله مانیتور الکترونیک یا اولتراسوند داپلر اندازه‌گیری کرد.
- بسیاری از این دستگاه‌های اندازه‌گیری فشارخون الکترونیکی برای بیماران با ضربان غیرطبیعی توصیه نمی‌شود زیرا حساسیت این دستگاه‌ها به روی نتیجه اندازه‌گیری فشارخون با بالابودن سطح بازو متغیر است و بعضی بیماران به علت درد در ناحیه بازو نمی‌توانند سطح بازوی خود را با قلب میزان کنند. در هر صورت هنگام استفاده از این دستگاه‌ها به راهنمای شرکت تولید کننده توجه کنید.
- اگر اندازه‌گیری فشار خون در وضعیت نشسته انجام گیرد فشار خون دیاستولی به دست آمده ۵ میلی‌متر جیوه بیشتر از زمانی است که اندازه‌گیری در وضعیت ایستاده صورت گرفته باشد. فشار سیستولیک به دست آمده در وضعیت ایستاده در حدود ۸ میلی‌متر جیوه بیشتر از فشار خون سیستولیک به دست آمده در وضعیت نشسته است.
- امروزه رایج‌ترین روش برای اندازه‌گیری فشارخون از طریق شنیدن صداهای کورتکوف اندازه‌گیری از طریق ساعد و با سمع شریان رادیال می‌باشد، میزان دقت در خواندن مانیتور در اندازه‌گیری فشارخون با ساعد تحت تأثیر سطح مچ دست با سطح قلب می‌باشد و در مقایسه با تنظیم سطح بازو با سطح قلب تنظیم مچ دست همیشه آسانتر و امکان‌پذیر است. این روش اندازه‌گیری همچنین در افراد چاق توصیه شده است چون غالباً کاف فشار خون برای بازوی آنها کوچک می‌باشد ولی سایز استاندارد کاف‌ها برای سایز افراد معمولی است در نتیجه برای ساعد افراد چاق کاملاً مناسب می‌باشد و نیز باید توجه داشت بستن کاف به بازو به مراتب مشکل‌تر از بستن به ساعد می‌باشد.
- هنگامی که شریان براکیال در دسترس نیست و یا استفاده از بازوی بیمار مقدور نمی‌باشد پرستار می‌تواند از شریان پوپلیته‌آل در پا استفاده نماید. فشار سیستولیک در این روش ۱۰ تا ۴۰ میلی‌متر بالاتر می‌باشد ولی فشار دیاستولیک مشابه فشار دیاستولیک دست می‌باشد.

ملاحظات مربوط به مراقبت کودکان و نوزادان

- در کودکان و نوزادان به طور معمول جهت اندازه‌گیری فشارخون از اندام‌های تحتانی استفاده می‌شود. نواحی مورد استفاده

برای اندازه‌گیری فشارخون پوپلیته‌آل، دورسالیس پدیس و پوستریور تیبیالیس هستند. فشارخون اندازه‌گیری شده از اندام‌های پایینی به طور معمول بالاتر از فشارخون اندازه‌گیری شده از اندام‌های بالایی می‌باشد. در کودکان بزرگتر از یک سال، فشارخون سیستولیک ناحیه ران ۱۰ تا ۴۰ میلی‌متر جیوه بیشتر از فشار سیستولیک ناحیه بازو است، اما فشار دیاستولیک در این دو ناحیه با بازو برابر است.

- در نوزادان و کودکانی که دچار اختلالات قلبی هستند، اخذ فشارخون باید از هر چهار اندام انجام گیرد. اگر اختلاف زیادی بین فشارخون به دست آمده از این اندام‌ها وجود داشته باشد، می‌تواند نشان‌دهنده نقایص قلبی باشد.
- در کودکان صدای پنجم کوروتکوف مصادف با فشارخون دیاستولیک می‌باشد. در برخی از کودکان، صداهای کورتکوف تا ۰ میلی‌متر جیوه ادامه پیدا می‌کنند. در این وضعیت، فشار سیستولیک به صورت P ثبت می‌شود.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- در شرایط عادی فشارسنج اتوماتیک مناسب‌تر است. ولی بازوبند این دستگاه‌ها برای بازوهای چاق مناسب نمی‌باشد.
- به بیمار توضیح داده شود که تناسب اندازه بازوبند با اندازه دست مهم می‌باشد. همچنین بیمار را آگاه کنید که اندازه بازوبندها از اندازه کودکان تا اندازه‌های با طول زیاد می‌باشد.
- به بیمار راجع به روش کار با دستگاه‌های اندازه‌گیری فشارخون توضیح داده شود هر چند بیشتر این دستگاه‌ها به راحتی قابل استفاده می‌باشد و به آسانی می‌توان فشار خون سیستول و دیاستول ثبت شده در آن را خواند.
- به بیمار سه نکته تذکر داده شود اول حداقل یک دقیقه قبل از گرفتن فشارخون نشسته باشد دوم صبح و شب اندازه‌گیری فشارخون باید بعد از ۳ تا ۵ دقیقه استراحت انجام گیرد سوم بازو در سطح قلب باشد.
- دستگاه فشارخون مورد استفاده در منزل باید به طور متناوب هر ۱ تا ۲ سال مورد بررسی قرار گیرد و اندازه فشار خون این دستگاه با فشار خون یک دستگاه جیوه‌ای توسط یک پرستار مجرب مقایسه گردد.

فصل ۲

امنیت بیمار

مترجم: احمدعلی اسدی نوقابی - فریبا تباری

روش کار ۱-۲ کاربرد محدودکننده‌ها

نکات قابل توجه

بعد از اجرای مراحل کاربرد محدود کننده‌ها توسط پرستار مجاز استفاده از این محدود کننده‌ها با نهایت احتیاط کمک پرستار می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ابزار محدودکننده، در صورت لزوم پد برای برجستگی‌های استخوانی
- PPE در صورت لزوم
- پارچه مناسب جهت بی‌حرکتی اندام

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - نیاز به محدودکننده را تعیین کنید. وضعیت جسمی، رفتاری و روانی بیمار را بررسی کنید.	محدودکننده را به عنوان آخرین راه حل درمانی و زمانی که سایر اقدامات مؤثر نبوده‌اند استفاده کنید، و زمانی که بیمار در خطر آسیب‌زدن به خود و دیگران است.

کار	دلیل
۲ - خط‌مشی مؤسسه مراقبتی در مورد استفاده از محدودکننده‌ها را بررسی کنید. برای استفاده از محدودکننده‌ها از پزشک دستور بگیرید یا از دستورات پزشکی ۲۴ ساعت گذشته استفاده کنید.	خط‌مشی مؤسسه از بیمار و پرستار، قوانین خاص، از نوع و مدت استفاده از محدودکننده حمایت می‌کند. هرگونه دستور برای بی‌حرکتی یا جداسازی، کنترل حرکات غیرارادی مخاطره‌آمیز بیمار بکار می‌رود و موجب ایمنی بیمار می‌گردد. یک کادر بیمارستان و یا افراد دیگر حداکثر تا ۲۴ ساعت می‌توانند محدود کننده‌ها را با رعایت نکات زیر تجدید نمایند: الف) ۴ ساعت برای بالغین ۱۸ سال به بالا ب) ۲ ساعت برای کودکان و نوجوانان ۹ تا ۱۷ سال ج) ۱ ساعت برای کودکان زیر ۹ سال. بعد از ۲۴ ساعت و قبل از نوشتن دستور جدید. برای کنترل حرکات غیرارادی بیمار، یک پزشک یا شخص مجاز غیرپزشک که مسئولیت مراقبت از بیمار را دارد باید بیمار را معاینه و شرایط محدود کننده‌ها را تأیید کند.
۳ - دست‌های خود را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.	شستشوی دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. نوع PPE براساس موارد پیشگیرانه از سرایت بیماری انتخاب می‌شود.
۴ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن شوید که بیمار مداخلات صحیح را دریافت کرده و از بروز اشتباه پیشگیری می‌شود.
۵ - دلیل استفاده از محدودکننده را برای بیمار و خانواده وی توضیح دهید. برای آن‌ها روشن کنید که مراقبت چگونه انجام شده و نیازهای بیمار چگونه برآورده می‌شوند، و این که استفاده از محدودکننده به صورت موقت است.	ارائه توضیح به بیمار و خانوادهٔ وی می‌تواند آشفتگی و خشم آنان را کاهش داده و به آنان اطمینان دهد. باید خط‌مشی مؤسسه در مورد استفاده از محدودکننده‌ها را به صورت واضح و روشن در اختیار بیمار و خانواده‌اش قرار داد. خانواده نیز باید به این کار رضایت داشته و در برنامهٔ مراقبتی شرکت داده شوند.
۶ - خانواده بیمار و یا سایر افراد نزدیک به وی را در برنامه مراقبتی مشارکت دهید.	این امر سبب پیشبرد تداوم مراقبت و همکاری سایرین می‌گردد.
۷ - از محدودکننده مطابق دستور کارخانهٔ سازنده استفاده کنید.	کاربرد صحیح محدودکننده‌ها از ایجاد آسیب به بیمار جلوگیری می‌کند.
الف) نوعی از وسیله را انتخاب کنید که کمترین محدودیت را ایجاد کند و به بیمار نیز اجازهٔ بیشترین تحرک را بدهد.	به این ترتیب حداقل محدودیت ایجاد می‌شود.
ب) روی برجستگی‌های استخوانی از پد استفاده کنید.	پد مانع از ایجاد آسیب پوستی می‌شود.
ج) محدودکننده را در اطراف قسمت انتهایی بپیچید به طوری که قسمت نرم آن در تماس با پوست باشد (شکل ۱) در صورتی که از دستکش مخصوص استفاده می‌کنید، در کف دست بالشتکی قرار دهید (شکل ۲).	این عمل از فشار زیاد بر روی قسمت انتهایی جلوگیری می‌کند.



شکل ۱. محدود کننده را دور انتهای اندام ببندید به نحوی که طرف نرم آن با پوست بیمار تماس داشته باشد.



شکل ۲. استفاده از دستکش مخصوص.



شکل ۳. بستن محدود کننده‌ها در انتهای اندام‌ها



شکل ۴. اطمینان از اینکه می‌توان دو انگشت را از بین مچ دست بیمار و محدودکننده عبور داد.

کار

۸ – محل را با نوار چسب یا سایر روش‌ها ایمن کنید. با توجه به خصوصیات و کاربرد محدود کننده‌ها (شکل ۳) ممکن است نیاز به یک گره روی بند محدود کننده‌ها باشد. برای اطمینان از اینکه محدود کننده بهترین نتیجه را می‌دهد.

۹ – مطمئن شوید که می‌توان دو انگشت را بین محدودکننده و مچ دست و یا پای بیمار قرار داد (شکل ۴).

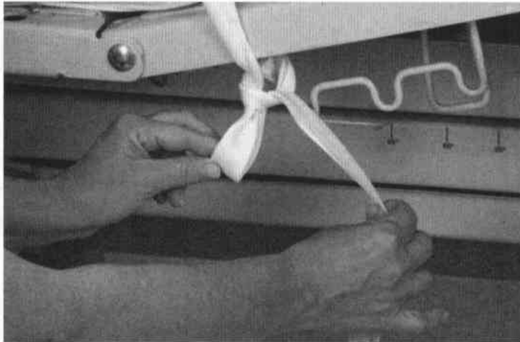
۱۰ – اندام محدود شده را در وضعیت آناتومیک طبیعی قرار دهید. از گره‌ای استفاده کنید که به سرعت باز می‌شود و محدودکننده را به بدنه تخت گره بزنید نه به نردهٔ کنار تخت (شکل ۵) همچنین احتمال دارد محدودکننده به اطراف صندلی متصل شود. محل‌هایی که دور از دسترس بیمار باشند.

دلیل

آماده کردن یک محافظ برای محدود کننده شما را مطمئن می‌سازد که هیچ مانعی برای گردش خون بیمار نمی‌باشد و تغییری در موقعیت عصبی، عروقی ایجاد نمی‌شود.

به این ترتیب جریان خون در انتهای مورد نظر، مختل نمی‌شود.

قراردادن اندام در وضعیت طبیعی احتمال آسیب را کاهش می‌دهد. گره‌ای که به سرعت باز می‌شود، به شما اطمینان می‌دهد که با اعمال فشار بر گره، محدودکننده باز نخواهد شد و در عین حال در موارد اورژانس نیز به سرعت باز می‌شود. چنانچه محدودکننده، به نرده کنار تخت بسته شود، با پایین‌آوردن نرده، بیمار آسیب خواهد دید، بستن گرهٔ محدودکننده دور از دسترس بیمار ایمنی را افزایش می‌دهد.



شکل ۵. بستن محدودکننده به بدنه تخت

کار	دلیل
۱۱ – در صورت لزوم، PPE را در بیاورید.	در آوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌گردد.
۱۲ – بیمار را حداقل هر یک ساعت یک بار یا طبق مقررات مؤسسه مورد بررسی قرار دهید. بررسی شامل: قراردادن محدود کننده، ارزیابی عصبی – عروقی انتهاها و تمامیت پوست. علاوه بر این بررسی علایم بی‌حسی از قبیل افزایش خواب، رؤیا دیدن در روز، اضطراب، درد و توهم را انجام دهید.	استفاده نادرست از محدودکننده می‌تواند موجب آسیب‌دیدگی، خراشیدگی و کبودی در پوست ایجاد کند. کاهش جریان خون سبب رنگ‌پریدگی، سردی کاهش حس لامسه، سوزن‌سوزن شدن، کرختی و درد در انتهاها می‌شود. استفاده از محدودکننده ممکن است تحریکات محیطی را کاهش داده و به محرومیت حسی منجر شود.
۱۳ – حداقل هر ۲ ساعت یک بار یا بر طبق خط مشی مؤسسه درمانی و نیاز بیمار، محدودکننده را بردارید.	برداشتن محدودکننده‌ها، فرصت بررسی و ارزیابی مجدد محل و احتمال نیاز به استفاده از محدودکننده را ایجاد می‌کند. وضعیت را ثبت کرده و به طور مداوم محل را بررسی کنید.
۱۴ – از نظر ادامهٔ نیاز به محدود کنندهٔ بیمار را ارزیابی نمایید. فقط در صورتی این محدودیت را ادامه دهید که نیاز مداوم لازم باشد.	نیاز مداوم باید ثبت گردد.
۱۵ – به بیمار در فواصل منظم اطمینان خاطر دهید. توضیحات مداومی در ارتباط با مداخلات و برنامه‌ریزی مراقبتی در اختیار او قرار دهید. زنگ اخبار را در محلی قرار دهید که به آسانی در دسترس بیمار باشد.	اطمینان مجدد، بیانگر مراقبت بوده و فرصتی برای تحریک حسی و نیز بررسی و ارزیابی مداوم فراهم می‌شود. با زنگ اخبار می‌توان نیاز به کمک را به سرعت اعلام نمود.

ثبت

راهنمایی ها

حرکات شدیدی که بیمار احتمال انجام آن را دارد و ارزیابی آن را قبل از بستن محدود کننده را ثبت کنید. میزان آموزش داده شده توسط بیمار و خانواده او را ثبت کنید. در صورت نیاز موافقت خانواده بیمار را طبق مقررات ثبت کنید. علت استفاده از محدود کننده برای بیمار و همچنین تاریخ و ساعت و نوع محدود کننده و تعداد دفعات استفاده از محدود کننده را ثبت کنید.

موقعیت های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار یک کاتتر داخل وریدی در مچ دست راست دارد و سعی می‌نماید تا درن را از داخل زخم خود خارج کند: ممکن است مچ دست چپ دارای محدودکننده باشد. زیرا کاتتر مچ دست راست، یک نوع محدودکننده قابل اطمینان می‌باشد، مانند محدودکنندهٔ آرنج یا دستکش مخصوص.
- بیمار نمی‌تواند بازوی چپ را حرکت دهد: از محدودکننده‌ها در انتهاهایی که بی‌حرکت هستند، استفاده نکنید. چنانچه بیمار نمی‌تواند انتهاها را حرکت دهد نیازی به استفاده از محدودکننده نیست. ممکن است از محدود کننده طبق دستور پزشک برای دست راست استفاده گردد.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- چنانچه بیمار استفراغ می‌کند، وی را در وضعیت خوابیده به پشت با داشتن محدودکننده‌های مچ دست قرار ندهید چون احتمال دارد آسپیره کند.
- محدودکننده‌های انتهایی با سایزهای مختلف وجود دارند. قبل از استفاده اندازهٔ مناسب برای فرد را انتخاب نمایید. اگر محدودکننده بزرگ باشد ممکن است اندام‌های انتهایی بیمار آزاد باشد و اگر محدودکننده کوچک باشد، اختلال در گردش خون ایجاد می‌شود.
- توجه داشته باشید که یک قیچی و وسایل اورژانسی در دسترس باشد تا چنانچه گره به سرعت باز نشود، مورد استفاده قرار گیرد.

فصل ۳

گندزدایی و کنترل عفونت

مترجم: سوسن نوری کرمانشاهی

روش کار ۱-۳ شستن دست با استفاده از آب و صابون

نکات قابل توجه

استفاده از مواد ضد عفونی کننده دست برای همه کسانی که مراقبت‌های بهداشتی را انجام می‌دهند ضروری است.

وسایل

- صابون آنتی‌باکتریال یا معمولی
- دستمال کاغذی
- لوسیون فاقد روغن

روش انجام کار

کار

۱ – وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری کنید. در مقابل سینک دستشویی بایستید. مراقب باشید روپوش یا یونیفرم شما در هنگام عمل شستشو، با سینک تماس پیدا نکند (شکل ۱).

۲ – در صورت امکان جواهرات را خارج کرده و در محل امنی قرار دهید. حلقه ازدواج ساده بلامانع است.

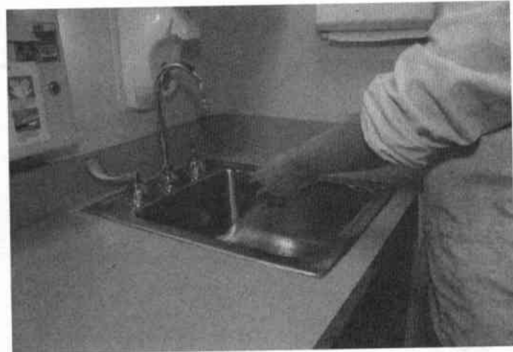
۳ – شیر آب را باز کنید و فشار آن را تنظیم کنید (شکل ۲). صبر کنید تا آب به اندازه کافی گرم شود.

دلیل

سینک دستشویی آلوده محسوب می‌شود. به این ترتیب ممکن است یونیفرم شما آلوده شود و باعث انتقال میکروارگانیسم‌ها از محلی به محل دیگر شود.

خارج‌کردن جواهرات، تمیزکردن دست‌ها را آسان می‌نماید. ممکن است میکروارگانیسم‌ها در زیر جواهرات تجمع یابند.

تماس یا ترشح آب از دستشویی آلوده، یونیفرم شما را آلوده می‌کند. آب گرم راحت‌تر است، احتمال کمتری می‌رود که منافذ پوست را باز کند، ولی مواد روغنی و چربی را از پوست می‌زداید و پوست را خشک می‌کند. لذا ارگانیسم‌ها می‌توانند در مناطق خشن و سطوح ناهموار و ترک‌خورده پوست جای بگیرند.



شکل ۱. ایستادن مقابل سینک دستشویی



شکل ۲. باز کردن شیر آب



شکل ۳. خیس‌کردن دست‌ها و مچ.



شکل ۴. شستن دست‌ها و پایین ساعد با حرکات مالشی و چرخشی محکم.

کار

۴ – دست‌ها و ناحیه مچ را خیس کنید. دست‌ها را پایین‌تر از سطح آرنج قرار دهید تا آب به سمت نوک انگشتان جاری شود (شکل ۳).

دلیل

آب باید از ناحیه تمیزتر به طرف ناحیهٔ آلوده‌تر جریان یابد. دست‌ها آلوده‌تر از ساعد هستند.

کار

۵ – حدود یک قاشق چایخوری صابون مایع از ظرف محتوی آن روی دست ریخته، و یا با استفاده از قالب صابون تمام دست را کف‌آلود کنید (شکل ۴). باید تمام سطوح دست‌ها صابونی شود. قالب صابون را آب بکشید و دوباره بدون تماس با جا صابونی به جای خود برگردانید.

دلیل

آب کشیدن صابون، قبل و بعد از استفاده از آن باعث شسته‌شدن سطح صابون می‌شود که ممکن است حاوی میکروارگانیسم‌ها باشد.

کار

۶ – با مالش محکم و حرکات چرخشی، کف و پشت دست‌ها، هر انگشت و نواحی بین انگشتان (شکل ۵)، بند بند انگشتان، مچ‌ها و ساعد را بشویید. حداقل ۲/۵ سانتی‌متر (یک اینچ) بالاتر از محل آلودگی را بشویید. اگر دست‌ها به وضوح آلوده نیستند، ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) بالای مچ را بشویید (شکل ۶).

دلیل

اصطکاک ناشی از مالش شدید و حرکات چرخشی به از بین بردن آلودگی و میکروارگانیسم‌هایی که می‌توانند بین انگشتان دست، پوست شیارهای بند انگشتان دست و شیار روی دست‌ها، مچ‌ها و ساعدها جای بگیرند، کمک می‌کند. تمیزکردن نواحی با آلودگی کمتر «مچ‌ها و ساعدها» بعد از تمیزکردن دست‌ها، از انتشار میکروارگانیسم از طرف دست‌ها به مچ‌ها و ساعدها جلوگیری می‌کند.



شکل ۵. شستن نواحی بین انگشتان.



شکل ۶. شستن ۲/۵ سانتی‌متر بالای مچ دست.

کار

۷ – این حرکات اصطکاکی را حداقل به مدت ۲۰ ثانیه ادامه دهید.

دلیل

مدت شستشو بستگی به میزان آلودگی دارد. دست‌هایی که آلودگی آنها قابل مشاهده است نیاز به اسکراب طولانی‌تر دارند.

۸ – با استفاده از ناخن‌های دست دیگر و یا برس ناخن، زیر ناخن‌ها را تمیز کنید (شکل ۷).

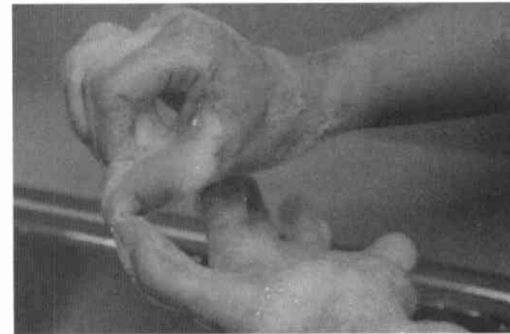
زیر ناخن دارای میکروارگانیسم فراوانی است که ممکن است در آنجا باقی مانده، رشد کرده و به نواحی دیگر انتشار یابند.

۹ – هر دو دست را به طور کامل از مچ به طرف انگشتان آب بکشید (شکل ۸).

آب کشیدن موجب ریخته‌شدن میکروارگانیسم‌ها و مواد آلوده به داخل سینک می‌شود.

۱۰ – دست‌ها را با استفاده از حوله کاغذی از طرف انگشتان به طرف ساعد خشک کنید و سپس آن را دور بیندازید. با استفاده از دستمال تمیز دیگر شیر آب را ببندید و بدون تماس دستمال با دست تمیز فوراً آن را دور بیندازید.

خشک‌کردن پوست مانع از ترک‌خوردن آن می‌شود.
ابتدا دست‌ها را خشک کنید چون تمیزترین قسمت هستند و کمترین آلودگی را دارند. بستن شیر آب با حوله کاغذی تمیز از تماس دست تمیز شده با سطح آلوده جلوگیری می‌کند.



شکل ۷. تمیز کردن زیر ناخن‌ها با استفاده از ناخن‌های دست دیگر.



شکل ۸. آبکشی دست‌ها کاملاً به طرف انگشتان.

کار	دلیل
۱۱ – در صورت تمایل به دست‌های خود لوسیون بدون چربی بمالید.	لوسیون فاقد روغن، پوست را نرم نگه می‌دارد و از ترک خوردن آن جلوگیری می‌کند. بهتر است این کار پس از تکمیل مراقبت از بیمار با استفاده از لوسیون کوچک شخصی انجام شود. وقتی که از دستکش استفاده می‌کنید از لوسیون‌های حاوی روغن استفاده نکنید چون می‌تواند موجب آسیب به دستکش شود.

ثبت

نحوه اجرای شستن دست‌ها به طور کلی ثبت نمی‌شود.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- توصیه می‌شود قبل از هر اقدام تهاجمی و بعد از تماس با خون و یا مایعات بدن، از یک نوع صابون ضد میکروبی (آنتی‌باکتریال) استفاده شود. مدت زمان مالش دست‌ها (اسکراب‌کردن) برحسب نیاز متفاوت خواهد بود.
- شکل‌های مایع – جامد یا دانه (گرانول) صابون جهت شستشوی پوست به صورت صابون غیرآنتی‌باکتریال مورد قبول هستند.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- کسانی که برای مراقبت از بیماران به خانه آنها می‌روند، باید صابون مایع مخصوص به خود و دستمال کاغذی یک بار مصرف را برای شستن و خشک‌کردن دستانشان به همراه داشته باشند و از آنها بجای قالب‌های صابون و حوله‌هایی که در خانه بیمار موجود هستند و ممکن است آلوده باشند، استفاده نمایند.
- رعایت مناسب بهداشت دست‌ها پیش از ترک خانه و همچنین بلافاصله پس از ورود به خانه دیگر ضروری می‌باشد.

روش کار ۲-۳ استفاده از وسایل محافظتی فردی PPE

نکات قابل توجه

استفاده از وسایل محافظتی فردی (PPE) برای تمام کسانی که مراقبت بهداشتی انجام می‌دهند ضروری است.

وسایل

- دستکش -
- ماسک (ماسک جراحی یا ماسک غبارگیر)
- گان محافظ
- پوشش محافظ چشم (عینک معمولی شامل آن نمی‌شود)

توجه: نوع وسایلی که برای *PPE* استفاده می‌شوند با توجه به نحوه انجام کار انتخاب می‌شود.

روش انجام کار

کار

۱ - دستور پزشک را جهت اطلاع از نحوهٔ جداسازی (ایزوله) کنترل کنید و موارد احتیاط را در برگهٔ مربوط به کنترل عفونت مرور کنید.

۲ - اقدامات پرستاری را قبل از ورود به اتاق بیمار طرح‌ریزی نمایید.

۳ - دست‌های خود را بشویید.

۴ - به بیمار، افراد خانواده و ملاقات‌کنندگان در مورد احتیاط‌های جداسازی آموزش دهید.

۵ - برحسب نوع احتیاط‌های ایزولاسیون (جداسازی) و نوع مواجهه از گان، دستکش، ماسک و محافظ چشم (عینک) استفاده کنید.

الف) گان را طوری بپوشید که قسمت باز آن در پشت بیفتد. گان را در محل گردن و کمر محکم کنید. (شکل ۱).

ب) ماسک را روی دهان، بینی و چانه بگذارید (شکل ۲). گره یا بند لاستیکی را بین سر و گردن در پشت قرار دهید. چنانچه برای اکسیژن‌رسانی از ماسک استفاده می‌شود دقت نمایید. در هنگام دم، ماسک باید بسته شود، در بازدم، هوا نباید منتشر شود.

دلیل

نحوه انتقال یا نوع ارگانیسم، عامل تعیین‌کنندهٔ نوع و میزان مراقبت‌های احتیاطی می‌باشد.

سازمان‌دهی، اجرای کار را آسان نموده و موجب افزایش احتیاط‌های جداسازی می‌شود.

شستن دست‌ها مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

توضیح در مورد ایزولاسیون (جداسازی) سبب تشویق بیمار و خانواده او به همکاری بیشتر گردیده و نگرانی آنها در مورد انجام جداسازی را کاهش می‌دهد.

استفاده از PPE از انتقال عفونت جلوگیری می‌کند و از بیمار و پرستار محافظت می‌کند. دستکش‌ها از دست‌ها محافظت می‌کند. ماسک باعث محافظت پرستار یا بیمار از قطرات ترشحی و مواد و ذرات درشت پخش شده در هوا می‌شود. عینک از پاشیده شدن مواد به داخل مخاط جلوگیری می‌کند.

گان باید به طور کامل از گردن تا زانو، بازوها را تا انتهای مچ و دور بدن را تا پشت بپوشاند.

ماسک، پرستار و بیمار را از قطرات ترشحی و مواد و ذرات درشت پخش شده در هوا محافظت می‌کند. جهت اطمینان از محافظت باید از ماسک مناسب استفاده شود.


شکل ۱. گره زدن گان در نواحی کمر و گردن.


شکل ۲. بستن ماسک در نواحی بینی، دهان و چانه.


شکل ۳. بستن محافظ چشم.


شکل ۴. پوشیدن محافظ صورت.

کار

ج) از محافظ چشم (عینک) استفاده کنید (شکل ۳). روی چشم‌هایتان به طور مناسب قرار دهید. به طور انتخابی یک محافظ صورت را می‌توان به جای ماسک و عینک استفاده نمود (شکل ۴).

د) دستکش یک بار مصرف تمیز بپوشید. انتهای دستکش روی مچ و گان را بپوشاند (شکل ۵).

۶ – بیمار را شناسایی نمایید. نحوه اجرای کار را برای بیمار توضیح دهید و مراقبت از وی را ادامه دهید.

دلیل

محافظ چشم از پاشیده‌شدن مواد به داخل چشم جلوگیری می‌کند. باید به طور مناسب انتخاب گردد تا محافظت از چشم‌ها به عمل آید.

دستکش‌ها، دست‌ها و مچ را از میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌کند.

شناسایی بیمار سبب انتخاب صحیح بیمار می‌شود تا اقدام صحیح بر روی وی انجام گیرد. صحبت با بیمار و توضیح دادن درباره اقداماتی که انجام می‌گیرد به رفع اضطراب کمک کرده و بیمار را برای دریافت مراقبت‌ها آماده می‌سازد.

خارج کردن PPE (وسایل محافظتی شخصی)

۷ – وسایل محافظتی را خارج کرده به غیر از ماسک تمام وسایل محافظتی را جلوی در یا داخل اتاق خارج کنید

ماسک را پس از ترک اتاق بیمار و بستن درب، خارج کنید.

از تماس و انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌شود. خارج کردن ماسک از اتاق بیمار مانع تماس با میکروب‌های هوازی می‌گردد.



شکل ۵. پوشیدن دستکش بطوری که انتهای دستکش مچ گان را بپوشاند.

کار	دلیل
الف) چنانچه بندگان در جلوی بدن در خط کمر گره زده شده است، گرهٔ کمری را قبل از خارج‌نمودن دستکش‌ها باز کنید.	خارج وسایل بیشتر در معرض آلودگی هستند و داخل و پشت آنها که با قسمت فوقانی و تحتانی ارتباط دارند باید تمیز گردند. زیرا که این قسمت از PPE به احتمال زیاد با ارگانیسم‌های عفونی تماس ندارند. قسمت جلوی گان که شامل بندهای کمری می‌شود آلوده است. در صورتی که گان در جلوی بدن گره خورده باشد باید قبل از خارج‌کردن دستکش خارج گردد.
ب) با گرفتن قسمت خارجی دستکش آن را با چرخاندن به طرف داخل وارونه کنید (شکل ۶) دستکش خارج شده را در دست خود نگه دارید.	قسمت خارجی دستکش‌ها آلوده هستند.
ج) انگشتان دست بدون دستکش را در داخل سر دست دستکش دیگر کنید، مراقب باشید که با سطح خارجی دستکش تماس پیدا نکنید (شکل ۷).	دست فاقد دستکش، تمیز می‌باشد و نباید با قسمت‌های آلوده تماس پیدا کند.
د) دستکش دومی را بر روی دستکش اولی به طوری که داخل آن قرار بگیرد، در بیاورید (شکل ۸). در ظرف مناسب آنها را دور بیندازید.	مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
ه) برای خارج‌کردن محافظ چشم‌ها و صورت: قسمت نوار دور سر یا بند پشت گوش را بگیرید (شکل ۹)، سپس از صورت جدا کنید. در یک ظرف مناسب برای استفادهٔ بعدی نگه‌داری کنید یا در سطل آشغال مناسب دور بیندازید.	سطح خارجی محافظ چشم و صورت آلوده است. به آنها دست نزنید. دور کردن نوار سر یا قسمت گوشی از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

کار

ر) برای بیرون‌آوردن گان گره‌های آن را در قسمت گردن و پشت باز کنید و گان را در قسمت شانه‌ها از بدن خارج کنید تنها قسمت داخلی گان را لمس کنید و از بدن بیرون آورید. دست‌ها را در قسمت سطح داخلی گان بگذارید و آن را از بازوها بیرون بکشید قسمت داخلی گان را به خارج برگردانید آن را مچاله کنید و در یک ظرف مناسب بیندازید.

دلیل

جلوی گان و بندهای کمری آلوده هستند. لمس کردن داخل گان و خارج کردن آن از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

کار

ز) برای درآوردن ماسک معمولی یا ماسک تنفسی گره‌های گردنی یا بندهای کشی را بگیرید. سپس گره‌های بالا یا بند کشی را بکشید و خارج کنید. مراقب باشید از تماس با جلوی ماسک معمولی یا ماسک تنفسی جلوگیری به عمل آید. در ظرف زباله بیندازید. در صورت استفاده از ماسک تنفسی می‌توانید آن را در محلی مناسب برای استفاده‌های بعدی نگه دارید.

دلیل

قسمت خارجی عینک محافظ یا ماسک آلوده هستند به آنها دست نزنید و برای جابجایی آنها نوار دور سر یا بند پشت گوش را گرفته و از صورت خود دور کنید این کار از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.



شکل ۶. با گرفتن قسمت خارجی دستکش آن را بیرون بیاورید.



شکل ۷. با قراردادن انگشتان دست بدون دستکش به داخل لبهٔ تاخورده، دستکش بعدی را به طرف داخل از دست خارج کنید.



شکل ۸. با کشیدن دستکش دومی بر روی دستکش اولی، آن را خارج کنید.



شکل ۹. درآوردن عینک محافظ با استفاده از بند پشت گوش.

کار	دلیل
۸ - فوراً پس از درآوردن کلیه وسایل حفاظتی، دست‌ها را شستشو دهید.	شستشوی دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

معمولاً ثبت وسایل خاص PPE یا هر عمل مرتبط با PPE لازم نمی‌باشد. هر چند، ثبت باید براساس تکمیل و ادامه‌ی موارد احتیاط انتقال‌های بخصوص به عنوان جزئی از مراقبت‌های بیمار انجام شود.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- شما نمی‌توانید احتیاج به وسایل محافظتی را در شروع انجام کار تشخیص بدهید: لذا باید کار را متوقف سازید و وسایل حفاظتی مناسب را استفاده نمایید.
- شما به طور اتفاقی در معرض تماس با خون یا مایعات بدن قرار گرفتید: باید کار را متوقف سازید و فوراً از دستورالعمل مؤسسه جهت در معرض بودن، گزارش و پیروی کنید.

روش کار ۳-۳ آماده کردن یک محیط استریل و اضافه کردن وسایل استریل به آن محیط

نکات قابل توجه

آماده کردن یک محیط استریل و اضافه کردن وسایل استریل به آن محیط فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

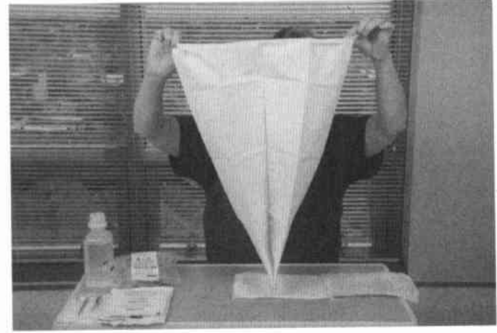
وسایل

- وسایل استریل پگ پارچه‌ای و یا بسته‌بندی‌های استریل آماده موجود در بازار
- سایر وسایل استریل برحسب نیاز تامین می‌شود (وسایل پانسمان، ظرف، محلول)
- وسایل محافظتی شخصی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم از وسایل محافظتی شخصی (PPEs) استفاده کنید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از وسایل محافظتی شخصی (PPEs) سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. نوع وسیله محافظتی براساس روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۲ – بیمار را شناسایی کنید و روش اجرای کار را برای بیمار شرح دهید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که او به درستی مداخلات را دریافت می‌کند و در پیشگیری از بروز خطا مؤثر است. شرح دادن به بیمار باعث تشویق او به همکاری می‌شود و نگرانی او را کاهش می‌دهد.
آماده کردن محیط استریل	
۳ – وسایل پگ استریل شده و یا بسته‌بندی‌های آماده شده را از نظر خشک بودن و باز نبودنشان کنترل کنید. همچنین به تاریخ انقضاء آن توجه کنید و مطمئن شوید که هنوز اعتبار دارد.	رطوبت بسته‌بندی استریل را آلوده می‌سازد. تاریخ انقضاء مدت زمان استریل بودن بسته‌بندی را نشان می‌دهد.
۴ – ناحیه کار را طوری انتخاب کنید که در سطح کمر (شما) یا بالاتر باشد.	ناحیه کار باید در معرض دید قرار داشته باشد. باکتری‌ها تمایل به نزول دارند (به علت اثر جاذبه زمین) به طوری که ناحیه بالاتر از کمر کمتر آلوده می‌باشد.
۵ – بسته‌هایی که استریل هستند یا بسته‌های آماده استریل که از شرکت سازنده تهیه شده است به روش‌های زیر باز کنید.	

کار	دلیل
در مورد پگ استریل پارچه‌ای	
الف) پوشش خارجی آن را باز کنید. با دقت گوشهٔ پارچه استریل را گرفته بالا ببرید، تکان دهید تا باز شود، آن را به دور از بدن خود نگه دارید و مچ را بالا نگه دارید و دست خود را داخل بسته ببرید.	تا ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) لبه بیرونی پارچه آلوده محسوب می‌شود. هر وسیله‌ای که با این قسمت تماس پیدا کند نیز آلوده محسوب می‌شود.
ب) گوشه‌ها را نگه دارید و اجازه بدهید پارچه از بدن شما و سطوح دیگر فاصله داشته باشد (شکل ۱).	تماس سطح خارجی موجب استریل ماندن محیط استریل می‌شود. تماس با سطح داخلی موجب آلودگی محیط می‌شود.
ج) پارچه از سمتی که به رطوبت غیرقابل نفوذ می‌باشد بر روی سطح کاری قرار می‌گیرد (شکل ۲). این سمت درخشان یا آبی‌رنگ می‌باشد باید از لمس‌کردن هر قسمت از پارچه یا اشیاء پیچیده شده با آن اجتناب کرد. اگر قسمتی از پارچه بیرون از مرکز سطح کاری آویزان بود آن قسمت از پارچه آلوده محسوب می‌شود. محیط‌های استریل را نباید لمس کرد.	سطح غیرقابل نفوذ به رطوبت، از آلودگی محیط، زمانی که مرطوب شود جلوگیری می‌کند. رطوبت به پارچه یا کاغذ نفوذ کرده و با خود ارگانیسم‌های محیط را از منافذ عبور می‌دهد. سطح مرطوب اگر استریل نباشد سریعاً منجر به آلودگی می‌شود.
برای وسایل تجاری و آماده	
الف) پوشش خارجی بسته را باز کرده و بسته‌بندی را خارج کنید (شکل ۳) و آن را در مرکز سطح کاری قرار دهید. طوری که گوشه آویزان در دورترین سطح بسته‌بندی قرار گیرد.	این موجب ایجاد فضای کافی استریل می‌شود.
ب) اطراف بسته را گرفته و سطح خارجی بخش انتهایی آن را از بالاترین ناحیه بگیرید. بیشتر از ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) از بخش انتهایی آن را نگه نداشته باشید. آن را دور از بدن باز کرده و بازوها را کشیده و دور از ناحیه داخلی روکش نگه دارید و اجازه دهید که روکش بر روی سطح کاری صاف قرار گیرد (شکل ۴).	این امر استریلیته داخلی را حفظ کرده و محیط استریل به وجود می‌آورد. سطح خارجی روکش غیراستریل در نظر گرفته می‌شود. ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) خارجی نواحی مرزی روکش آلوده محسوب می‌گردد.
ج) اطراف بسته را گرفته، ناحیه خارجی از اولین بخش انتهایی را نگه داشته و بیشتر از ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) از بخش انتهایی آن را نگه ندارید. بسته را در حالی که بازوها کشیده و از ناحیه داخلی روکش دور است باز کنید (شکل ۵) اجازه دهید روکش بر روی سطح کاری صاف قرار گیرد.	این امر استریلیته داخلی را حفظ کرده و محیط استریل به وجود می‌آورد. سطح خارجی روکش غیراستریل در نظر گرفته می‌شود. ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) خارجی نواحی مرزی روکش آلوده محسوب می‌گردد.



شکل ۱. نحوه گرفتن پارچه استریل از گوشه‌های آن بدون تماس با بدن و سطوح.



شکل ۲. نحوه قراردادن پارچه استریل روی سطح در کنار ضدرطوبت.



شکل ۳. باز کردن وسایل استریل پیچیده شده.



شکل ۴. نگه داشتن قسمت بالای پوشش خارجی به دور از بدن خود.

کار

د) اطراف بسته را گرفته و ناحیه خارجی از نواحی باقیمانده انتهایی را نگه داشته و بیشتر از ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) از بخش مرزی انتهایی را نگه نداشته باشید. در حالی که بازوها کشیده و از ناحیه داخلی روکش دور است بسته را باز کنید (شکل ۶) اجازه دهید روکش بر روی سطح کاری صاف قرار گیرد.

دلیل

این امر استریلیته محیط داخلی روکش را حفظ کرده و سبب به وجود آمدن محیط استریل می‌شود. سطح خارجی روکش غیراستریل در نظر گرفته می‌شود، ۲/۵ سانتی‌متر از نواحی مرکزی روکش آلوده محسوب می‌شود.

کار

هـ) دور از بسته و محیط کار بایستید بخش خارجی انتهای پیچیده شده را در نزدیکی بدنتان بردارید، بیشتر از ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) از بخش مرکزی ناحیه انتهایی را برندارید. بخش انتهایی را به سمت عقب در مقابل بدنتان قرار دهید بازوها را کشیده تا دور از ناحیه داخلی روکش باشد (شکل ۷). با دست دیگر سطح زیرین بسته را بگیرید (سطحی که زیر کار باشد). بسته را به صورت مسطح روی میز قرار دهید وقتی که صاف شد کار آماده می‌باشد (شکل ۸).

دلیل

این امر استریلیته محیط داخلی را حفظ کرده و محیط استریل به وجود می‌آورد. سطح خارجی روکش غیراستریل در نظر گرفته می‌شود (۲/۵ سانتی‌متر) ۱ اینچ نواحی مرزی روکش آلوده محسوب می‌گردد.



شکل ۵. باز کردن لایه بعدی و پهن کردن آن.



شکل ۶. کشیدن لایهٔ باقیمانده به طرف خود.



شکل ۷. آن را بگیرید و تا را باز کرده و به سمت بدن خود بکشید.



شکل ۸. نحوه انداختن وسیله به داخل محیط استریل



شکل ۹. اکنون اطراف وسیله در محیط استریل قرار دارد.

کار

ر) سطح خارجی روکش بسته محیط استریل را جهت بسته موجود در مرکزش به وجود می‌آورد. دستتان بر روی ناحیه استریل قرار نگرفته و یا آن را لمس نکنید (شکل ۹).

دلیل

استریلیته محیط و ضمائم آن حفظ می‌شود.

کار | دلیل

اضافه کردن وسیله به یک میدان استریل

۶ – در موارد لزوم وسایل استریل را به محیط اضافه کنید.
استریلیته محیط حفظ می‌شود.

اضافه کردن ابزار یا وسایل به محیط استریل

الف) با دست غالب خود وسیله پوشش‌دار از ناحیهٔ انتهایی آن به گونه‌ای که از بدن دور است نگه دارید با دست دیگر اطراف بسته را نگه داشته و از بالای ناحیه انتهایی آن از دو طرف باز کنید.
تنها سطح وسایل استریل قبل از انداختن بر روی سطح استریل نمایان می‌شوند.

ب) به واسطهٔ دست قالب وسیلهٔ روکش‌دار را به خوبی نگه دارید. بخش باقی‌مانده از ناحیهٔ انتهایی از روکش را در نزدیکی بدن قرار دهید. مراقب باشید که سطح داخلی روکش یا وسیله لمس نشود. بخش انتهایی را به عقب در مقابل مچ دست قرار دهید بنابراین روکش دست و مچ دست را می‌پوشاند.
تنها سطح ابزار استریل قبل از انداختن بر روی سطح استریل نمایان می‌شوند.

ج) تمام گوشه‌های روکش را با دست غیرغالب برداشته و به سمت عقب در مقابل مچ دست قرار دهید به طوری که دست و مچ را بپوشاند. آنها را در جایگاه خود آن را نگه دارید.
تنها سطح ابزار استریل قبل از انداختن بر روی سطح استریل نمایان می‌شوند.

د) وسیله را ۱۵ سانتی‌متر (۶ اینچ) بالاتر از سطح استریل نگه داشته و آن را بر روی ناحیه استریل بیندازید. مراقب باشید که سطح یا سایر ابزار را لمس نکرده یا آنها را بر روی سطوح (۲/۵ سانتی‌متر) ۱ اینچ مرزی نیندازید.
از آلودگی سطح و انداختن ابزار استریل با بی‌دقتی در نواحی نزدیک به لبه یا خارج ناحیهٔ استریل جلوگیری شود. قرار گرفتن ابزار در ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) از نواحی مرزی آلوده در نظر گرفته می‌شود.

جهت اضافه کردن روکشهای تجاری و ابزار استریل

الف) بسته را در یک دست نگه دارید بخش بالایی کاور را با دست دیگر به عقب بکشید. به صورت یک در میان با دقت کافی لبه‌های آن را توسط هر دو دست باز کنید (شکل ۱۰).
عدم آلودگی توسط دست‌ها حفظ می‌شود.

ب) بعد از آنکه کاور یا لبه‌های آن کمی باز شد ۱۵ سانتی‌متر (۶ اینچ) بالاتر از ناحیه استریل نگه دارید و بازکردن را ادامه دهید و آن را در محیط استریل بیندازید (شکل ۱۱). مراقب باشید سطح یا سایر ابزار را لمس نکرده یا آنها را بر روی نواحی ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) مرزی نیندازید.
این امر از آلودگی محیط و انداختن با بی‌دقتی در خارج از محیط استریل یا بسیار نزدیک در لبه‌ها جلوگیری می‌کند. ابزاری که در ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) از لبه‌های مرزی قرار می‌گیرد آلوده محسوب می‌شود.



شکل ۱۰. جداکردن با دقت دو لبه بسته از یکدیگر.



شکل ۱۱. انداختن محتوی بسته در محیط استریل.

کار

ج) روکش را دور بیندازید.

دلیل

محیط کار تمیز تکنیک کامل را ارتقاء می‌بخشد.

اضافه کردن محلول‌های استریل

الف) یک محلول مناسب برداشته و تاریخ انقضاء آن را چک کنید.

زمانی که باز می‌شود بطری باید حاوی برچسب، تاریخ و زمان باشد. محلول ۲۴ ساعت پس از بازشدن استریل می‌ماند.

ب) در بطری محلول را براساس راهنما باز کنید. درب آن را به طوری که لبه‌های آن به سمت بالاست بر روی میز قرار دهید (شکل ۱۲).

استریلیته محیط داخلی درب حفظ می‌شود.

ج) بطری را خارج از لبه‌های استریل به طوری که برچسب آن با کف دست شما در تماس باشد نگه داشته باشید و آماده کنید تا از فاصله ۱۵-۱۰ سانتی‌متر (۶-۴ اینچ) بریزید. دهانه بطری هرگز نباید با پارچه یا ظرف استریل تماس پیدا کند.

برچسب خشک می‌ماند و محلول ریخته می‌شود بدون آنکه به محیط استریل برسد حداقل پاشیدن و هدررفتن از این ارتفاع ایجاد می‌شود. لمس ناگهانی لبهٔ بطری با ظرف یا پارچه استریل منجر به آلودگی هر دو می‌شود.

د) مقدار مورد نیاز از مایع استریل را در ظرف استریل بر روی گوشهٔ محیط استریل یا پانسمان بریزید (شکل ۱۳). از پاشیدن مایع به اطراف اجتناب کنید.

رطوبت، محیط مرطوب را آلوده می‌کند. ریختن یکنواخت، ریسک پاشیدن به اطراف را می‌کاهد.

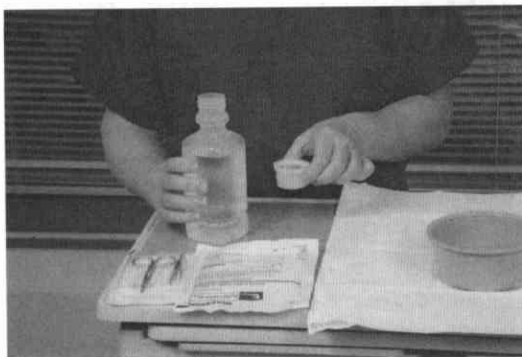
ه) زمانی که درب آن را می‌گذارید لزوماً خارج آن را نگه داشته باشید و برچسبی که حاوی تاریخ و ساعت بازکردن آن است را بر روی آن بزنید.

محلول غیرآلوده باقی می‌ماند و برای استفاده‌های بعدی نیز در دسترس می‌باشد.

۷ - پروسه را همان طور که گفته شد ادامه دهید.

۸ - پس از اتمام کار، در صورتی که از وسایل محافظتی شخصی (PPE) استفاده کرده‌اید، آنها را در بیاورید. دست‌ها را بشوئید.

در آوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.



شکل ۱۲. بازکردن بطری محلول استریل و سپس قراردادن درپوش به صورت سربالا بر روی میز.



شکل ۱۳. نحوه ریختن محلول به داخل ظرف استریل.

ثبت

معمولاً ثبت آماده سازی محیط استریل ضروری نمی‌باشد. هرچند، ثبت باید براساس استفاده از تکنیک استریل در هر پروسه‌ای که تکنیک استریل اجرا می‌شود، انجام شود.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- در صورتی که چیزی نزدیک یا لبهٔ محیط استریل بیفتد: اطراف محیط استریل به اندازهٔ یک اینچ آلوده محسوب می‌شود. در نتیجه هر وسیله‌ای که در یک اینچی اطراف محیط استریل قرار گیرد محیط را آلوده می‌کند.
- زمانی بخشی از محوطه استریل آلوده می‌شود که: بخش‌هایی از محیط استریل آلوده گردد. تمام وسایل استریل را جمع کرده و دوباره شروع کنید.
- وقتی که محیط استریل باز شده است پرستار یک وسیله را گم می‌کند: زمانی که متوجه می‌شوید که وسیله ندارید برای درخواست کمک صدا می‌زنید. محیط استریل را با بی‌دقتی ترک نکنید. اگر پرستار نمی‌تواند محوطه استریل را همیشه ببندد، آن آلوده در نظر گرفته می‌شود.
- بیمار به محیط استریل دست می‌زند: اگر بیمار به محیط استریل دست زد تمام وسایل را کنار گذاشته و محیط دیگری آماده کنید. اگر بیمار گیج است، فکر خوبی است که از کسی جهت نگه داشتن دست‌های بیمار یا اعمال نیرو جهت چیزی که اتفاق افتاد، کمک بگیرید.

روش کار ٤-۳ پوشیدن و خارج‌کردن دستکش‌های استریل

نکات قابل توجه

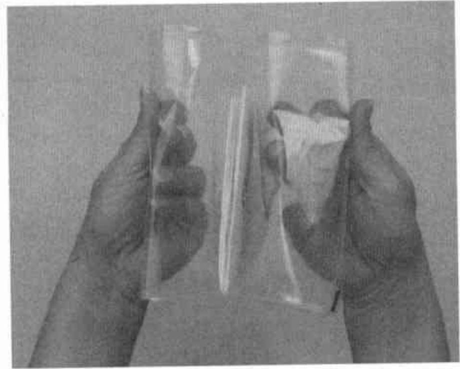
استفاده از دستکش و سایر وسایل استریل فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

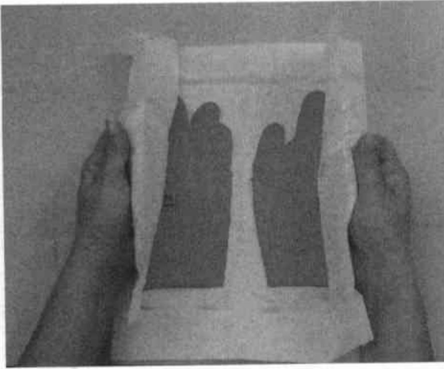
- دستکش‌های استریل با سایز مناسب.
- وسایل محافظتی شخصی (PPE)، در صورت نیاز

روش انجام کار

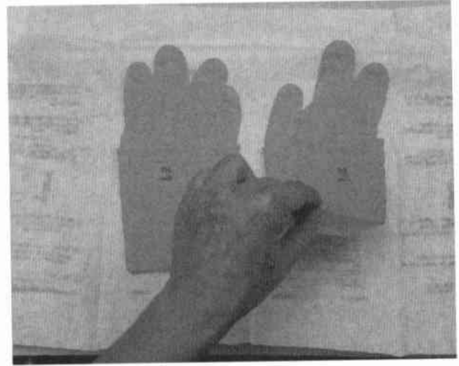
کار	دلیل
۱ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.	شستن دست‌ها و استفاده از PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش جلوگیری از عفونت، انتخاب می‌شود.
۲ - بیمار را بشناسید روش کار را برای بیمار توضیح دهید.	شناسایی بیمار منجر به اطمینان از بیمار صحیح می‌شود که باید دریافت کننده خدمات باشد و مانع از اشتباه می‌شود. توضیح روش کار، بیمار را تشویق به سازگاری کرده و استرس را می‌کاهد.
۳ - از نظر خشک بودن و بازنبودن بسته‌بندی، دستکش استریل را چک کنید و همچنین به تاریخ انقضاء توجه کرده و مطمئن شوید که هنوز اعتبار دارد.	رطوبت باعث آلودگی بسته استریل می‌شود. تاریخ انقضاء دوره استریل بودن دستکش را نشان می‌دهد.
۴ - بسته دستکش استریل را بر روی سطح خشک و تمیز یا در بالای مچ دستتان قرار دهید.	رطوبت باعث آلودگی دستکش‌های استریل می‌شود. وسایل استریل زیر مچ دست آلوده فرض می‌شود.
۵ - روکش خارجی را به دقت با کشیدن بالای دو لایه به سمت عقب باز کنید (شکل ۱). بسته داخلی را خارج کنید تنها خارج آن را دست بزنید.	این امر استریلیته دستکش داخل بسته را حفظ میکند.
۶ - بسته داخلی را با برچسب جانبی بر روی محیط کار در انتهای سر دست نزدیک بدن قرار دهید.	اجازه می‌دهد کار پوشیدن دستکش به آسانی انجام شود.
۷ - با دقت بسته داخلی را باز کنید. تای بالایی سپس انتهایی و اطراف را باز کنید (شکل ۲). مراقب باشید که سطح داخلی بسته یا دستکش‌ها را لمس نکنید.	محیط داخلی استریل در نظر گرفته می‌شود. ۲/۵ سانتی‌متر (۱ اینچ) مرز خارجی از بسته داخلی آلوده محسوب می‌گردد. دستکش‌های استریل با سر دست انتهایی نزدیک به پرستار در معرض دید قرار می‌گیرند.
۸ - با شست و انگشت اشاره دست غیر غالب، قسمت تا شده دستکش را گرفته و تنها بخش داخلی دستکش که در معرض دید است را لمس کنید (شکل ۳).	دست غیراستریل تنها بخش داخلی دستکش را لمس می‌کند. خارج آن استریل باقی می‌ماند.



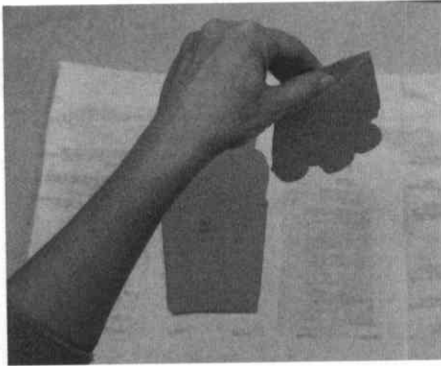
شکل ۱. عقب‌کشیدن لایه بالایی بیرون بسته‌بندی.



شکل ۲. باز کردن بسته‌بندی داخلی.



شکل ۳. گرفتن لبه تاخوردهٔ دستکش دست غالب.



شکل ۴. در آوردن و جدا کردن دستکش از بسته.

کار

۹ - دست‌ها را در بالای خط خارجی نگه دارید و دستکش‌ها را بالا برده انگشتان دستکش به سمت داخلی بسته باشند (شکل ۴). مراقب باشید که وسایل غیراستریل را لمس نکنید.

دلیل

دستکش غیراستریل می‌شود اگر اشیاء غیراستریل لمس شود.

کار

۱۰ - با دقت کف دست غالب را داخل دستکش کنید (شکل ۵) و دستکش را بالا بکشید بخش سر دست دستکش که تا شده به سمت مقابل دست دستکش پوشیده بکشید.

دلیل

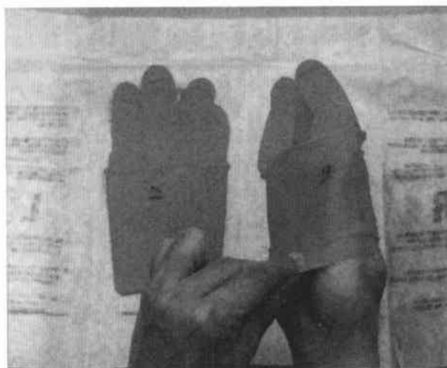
تلاش جهت بالا کشیدن دستکش با دست غیراستریل ممکن است منجر به آلودگی دستکش استریل شود.

کار

۱۱ - شست را به سمت خارج باز کرده و دور نگه دارید. سایر انگشتان دست دستکش پوشیده را به زیر ناحیه تاخورده دستکش دیگر برده و آن را بالا بیاورید (شکل ۶). از روکش در بیاورید؛ مراقب باشید چیزی را با دستکش‌ها یا دست‌ها لمس نکنید.

دلیل

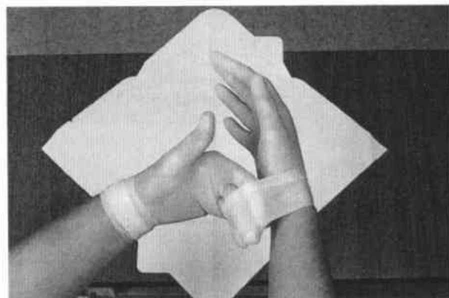
با بیرون و دور نگه داشتن شست از سایر انگشتان احتمال آلوده شدن آن کمتر می‌شود. اگر انگشت اطراف قسمت داخلی دستکش را لمس کند، آلودگی ایجاد می‌کند چون در این قسمت از دستکش پودر وجود دارد.



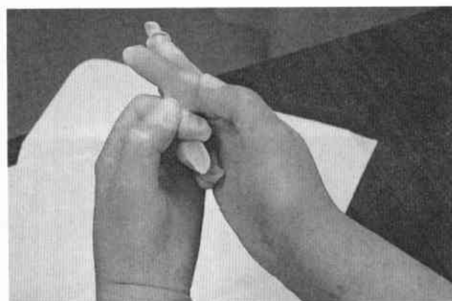
شکل ۵. پوشیدن دستکش در دست غالب.



شکل ۶. بردن انگشتان دست دستکش پوشیده به زیر قسمت تاخورده دستکش دوم (دستکش دست غیرغالب).



شکل ۷. انگشتان یک دست را به آرامی زیر کاف دست دیگر برده و آن را به سمت پایین کشیده و باز کنید.



شکل ۸. تنظیم دستکش‌ها بر روی هر دو دست.

کار

۱۲ – دست غیر غالب خود را به دقت داخل دستکش کنید دستکش را در هر دو دست تنظیم کنید و فقط به قسمت‌های استریل دست بزنید.

۱۳ – انگشتان یک دست را به آرامی زیر کاف دست دیگر کامل به طرف پایین از داخل نقطه استریل برده و همان کار را برای دست بعدی تکرار کنید (شکل ۷).

۱۴ – دستکش‌ها را در هر دو دست تنظیم کنید و دقت کنید نواحی استریل را فقط لمس کنید (شکل ۸).

۱۵ – روشی را که گفته شد ادامه دهید.

دلیل

تماس سطح استریل با سطح استریل دیگر مانع از آلودگی می‌شود.

تماس سطح استریل با سطح استریل دیگر مانع از آلودگی می‌شود.

تماس سطح استریل با سطح استریل دیگر مانع از آلودگی می‌شود.

کار

دلیل

خارج‌کردن دستکش استریل

۱۶ – با استفاده از دست غالب دستکش‌دار، قسمت نزدیک به لبه دستکش دست دیگر را گرفته و با وارونه‌کردن آن، آن را خارج کنید به نحوی که ناحیهٔ آلوده در داخل واقع شود (شکل ۹). دستکش را در دست دستکش‌دار، نگه دارید.

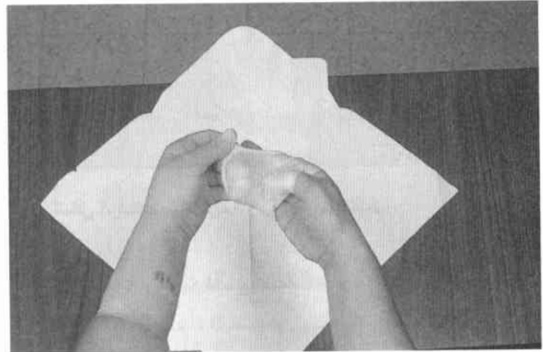
با این عمل نواحی آلوده در تماس با دست‌ها یا مچ‌ها قرار نمی‌گیرند.

۱۷ – انگشتان دست بدون دستکش را به داخل ساق دستکش دیگر ببرید (شکل ۱۰). مراقب باشید که به سطح خارجی دستکش دست نزنید. قسمت داخلی این دستکش را گرفته و با وارونه‌کردن آن بر روی دست و دستکش دیگر آن را خارج نمایید (شکل ۱۱).

با این عمل نواحی آلوده در تماس با دست‌ها یا مچ‌ها قرار نمی‌گیرند.

۱۸ – دستکش‌ها را به داخل ظرف مناسب بیندازید و دست‌های خود را بشویید.

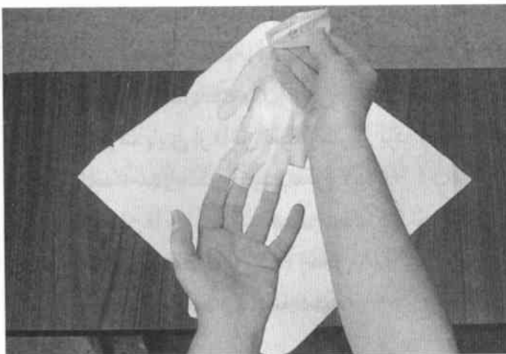
در آوردن و دور انداختن مناسب باعث کاهش انتشار عفونت و آلودگی دیگر وسایل می‌شود. شستن دست از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.



شکل ۹. در حین خارج‌کردن دستکش، آن را پشت و رو کنید.



شکل ۱۰. بردن انگشتان بدون دستکش به داخل دستکش.



شکل ۱۱. خارج‌کردن دستکش دوم بصورت پشت و رو، در حالی که دستکش دیگر در داخل آن جای گرفته است.

ثبت

لزومی ندارد که اضافه کردن یک وسیله استریل به محیط استریل را ثبت نمود هر چند که تکنیک استریل استفاده شده برای هر مرحله اجرا شده باید ثبت گردد.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- در حین پوشیدن دستکش‌های استریل، اگر آنها دچار آلودگی شدند: در این حالت، دستکش‌ها را به دور انداخته و یک بسته دستکش استریل جدید باز کنید.
- سوراخ یا پارگی بر روی دستکش‌ها مشاهده می‌شود: دستکش‌ها را به دور انداخته و یک بسته دستکش جدید باز کنید.
- در حین انجام کار یکی از دستکش‌ها پاره شده و یا سوراخ می‌گردد: روش کار را متوقف نموده و دستکش آسیب دیده را خارج کنید. دست‌های خود را بشویید و دستکش‌های استریل جدید بپوشید.
- بیمار دست پرستار یا ناحیه استریل را لمس می‌کند: اگر بیمار تنها دست پرستار را لمس نمود، در این صورت پرستار باید دستکش آلوده را خارج کرده و دستکش استریل دیگری بپوشد. همیشه ایده خوبی است که در حین ورود به اتاق دو جفت دستکش استریل با خود داشته باشیم. اگر بیمار با ناحیه استریل تماس پیدا کرد، وسایل آن ناحیه را خارج کرده و ست استریل جدیدی باز کنید. اگر بیمار گیج باشد، بهتر است شخص دیگری نیز به شما کمک کند و دست‌های بیمار را نگاه دارد.
- بیمار نسبت به لاتکس آلرژی دارد: از دستکش‌های استریل فاقد لاتکس استفاده کنید.

فصل ٤

دارو دادن

مترجم: فریبا تباری

روش کار ١-٤ دادن داروهای خوراکی

نکات قابل توجه

دادن داروهای خوراکی به بیمار باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار فقط در بیمارانی که وضعیت بیماری آنها از حالت حاد خارج شده و برای مدت طولانی وضعیت ثابت دارند می‌تواند با همان کیفیت عهده‌دار این کار شود اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- فنجان یک بار مصرف دارو یا سرنگ جهت مصرف خوراکی
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌شود (MAR) یا (CMAR)
- مایعات (آب یا آب میوه) با نی اگر محدودیتی وجود نداشته باشد.
- ترالی یا سینی دارویی
- وسایل محافظتی شخصی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار

١ – وسایل را بچینید. برطبق مقررات مرکز درمانی خود، دستورات دارویی را با دستور اولیه پزشک مطابقت دهید. موارد مبهم را برطرف سازید. پروندهٔ بیمار را از نظر ثبت موارد حساسیت به دارو کنترل کنید.

دلیل

این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است هنگام انتقال دستورات دارویی رخ بدهد، کمک می‌نماید. ثبت اجرای دستورات پزشکی برای هر مرکز درمانی جزیی از قوانین می‌باشد.

کار	دلیل
۲ – از اثرات دارویی، ملاحظات خاص پرستاری، حدود مطمئن دُز دارو، هدف از تجویز و عوارض نامطلوب دارویی که باید داده شود کاملاً آگاه باشید. اختصاصی‌بودن دارو را برای بیمار در نظر داشته باشید.	این آگاهی به پرستار در ارزیابی اثرات درمانی داروها در ارتباط با مشکلات بیمار و همچنین در آموزش به بیمار در مورد داروهای مصرفی کمک می‌نماید.
۳ – بهداشت دست‌ها را به طور صحیح رعایت کنید. (دستهایتان را بشویید)	رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ – ترالی دارو را به خارج از اتاق بیمار ببرید یا برای دارودادن آن را در اتاق تریتمنت آماده نمایید.	سازمان‌دهی و نظم در کار اشتباه را کاهش می‌دهد و سبب صرفه‌جویی در وقت می‌شود.
۵ – قفل ترالی یا قفسهٔ دارو را باز کنید و در صورت لزوم برای قفسه دارویی یک رمز یا کد عبور قرار دهید و روی آن مشخصات کارمند را اسکن کنید.	قفل نگهداشتن ترالی یا قفسه دارویی باعث محافظت داروهای هر بیمار می‌شود. قفل‌کردن ترالی دارویی زمانی که استفاده نمی‌شود جزء قوانین بیمارستان‌ها است. واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهد که تنها مصرف‌کنندگان مجاز وارد سیستم شوند.
۶ – در هر زمان برای یک بیمار دارو آماده نمایید.	این کار از بروز اشتباه هنگام دارودادن پیشگیری می‌نماید.
۷ – کاردکس دارویی را بخوانید و سپس داروی مورد نظر را از قفسه دارویی یا استوک بردارید.	این کار، اولین کنترل برچسب دارویی است.
۸ – برچسب روی دارو را با کاردکس دارویی مقایسه نمایید (شکل ۱). تاریخ مصرف دارو را کنترل کنید و محاسبات دارویی را در صورت لزوم انجام دهید. در صورت لزوم، بارکد بسته را اسکن نمایید.	این دومین مرحله کنترل دارودادن است. کنترل محاسبات با پرستاران دیگر باعث ایجاد اطمینان در شما می‌شود.
۹ – وسایل مورد نیاز را آماده کنید.	
الف – بسته‌بندی‌های تک دُز: یک دُز بسته‌بندی شده دارو را در فنجان یک بار مصرف قرار بدهید. پوشش آن را تا زمانی که در کنار بستر بیمار نرفته‌اید باز نکنید. نارکوتیک‌ها و داروهایی که نیاز به مراقبت‌های پرستاری خاص دارند در ظرف‌های جداگانه نگه دارید.	پوشش باید نگه داری شود زیرا پوشش (لفافه) جهت اطمینان هنگام کنترل مجدد برچسب (لیبل) دارویی مورد نیاز است. کنترل برخی از علایم حیاتی و نتایج آزمایشات بالینی به عنوان پیش‌نیاز برای دادن بعضی از داروها، ممکن است لازم باشد.
ب – ظرف‌های محتوی دُز چندگانه: هنگامی که قرص یا کپسول را از ظرف خارج می‌کنید، به تعداد مورد نیاز قرص‌ها را داخل درب ظرف بریزید و سپس آن‌ها را در فنجان دارویی قرار دهید. چنانچه لازم باشد جهت به دست آوردن دُز مناسب دارو، قرص‌های خط‌دار را بشکنید. دست خود را با قرص‌ها یا کپسول‌ها تماس ندهید.	ریختن دارو داخل درب ظرف سبب می‌شود که داروهای اضافی را به راحتی داخل ظرف آن برگرداند. ریختن قرص یا کپسول داخل دَست‌های پرستار روش غیربهداشتی است.



شکل ۱. مقایسه برچسب روی دارو با کاردکس دارویی کامپیوتری.



شکل ۲. اندازه‌گیری در سطح چشم

کار	دلیل
ج - داروهای مایع در شیشه‌های با دُز چندگانه: شیشه داروهای مایع را به طوری که برچسب آن در نقطه مقابل کف دست شما باشد نگه دارید. هنگام ریختن داروی مایع از ظرف مدرج مناسبی استفاده نمایید و میزان دارو را زمانی که درجه مورد نظر در سطح چشمانتان می‌باشد، بخوانید (شکل ۲). لبهٔ شیشه دارو را با دستمال کاغذی پاک کنید.	اگر از لبهٔ شیشه مایعی روی برچسب سرازیر گردد، خواندن اطلاعات روی آن مشکل می‌شود. وقتی کار صحیح است که ظرف اندازه‌گیری مناسبی استفاده نمایید و سپس به طور دقیق میزان آن را بخوانید.
۱۰ - براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عملی گردد، هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید، پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی وی کنترل کنید.	این سومین کنترل جهت اطمینان از دقت کار و پیشگیری از بروز اشتباه است. توجه: برخی از مراکز اذعان دارند که سومین کنترل باید در کنار تخت بیمار صورت گیرد، یعنی بعد از شناسایی بیمار و پیش از دادن دارو.
۱۱ - مجدداً ظرف‌های حاوی دارو را در قفسهٔ دارویی بیمار یا استوک قرار دهید و قبل از ترک محل، آنها را قفل کنید.	قفل‌کردن، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.
۱۲ - داروها را با دقت به کنار بستر بیمار ببرید و آنها را در تمام لحظات جلوی چشمانتان نگه دارید.	دقت در حمل و زیر نظر داشتن داروها از بی‌نظمی‌های اتفاقی و یا سهوی آنها پیشگیری می‌کند.
۱۳ - دقت نمایید که بیمار در زمان صحیح، داروهایش را مصرف کند.	مقررات مرکز درمانی را کنترل نمایید. ممکن است به شما اجازه دهد که نیم ساعت قبل یا نیم ساعت بعد از زمان مشخص شده دارو را به بیمار بدهید.
۱۴ - دست‌های خود را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE مانع از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌گردد. PPE براساس نوع روش جلوگیری از عفونت انتخاب می‌گردد.



شکل ۳. تطابق دادن نام و مشخصات روی دستبند بیمار با پرونده وی.



شکل ۴. اسکن کردن بارکد شناسایی روی دستبند بیمار.

کار

۱۵ – شناسایی بیمار: معمولاً بیمار با استفاده از دو روش باید شناسایی شود. مشخصات بیمار را با کاردکس معمولی یا کامپیوتری مقایسه کنید.

دلیل

با شناسایی بیمار مطمئن شوید که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود. شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد. اگر دستبند تشخیص هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.

الف – نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت کنترل کنید (شکل ۳).
ب – شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت کنترل کنید.
ج – تاریخ تولد را از روی دستبند تشخیص هویت کنترل کنید.
د – از بیمار نام و تاریخ تولد را سؤال کنید.

د – این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد، اما بیماری و محیط ناآشنای اطراف اغلب باعث گیجی بیمار می‌شود.

۱۶ – قبل از دادن دارو، بررسی‌های لازم را کامل کنید. دستبند مخصوص آلرژی را بررسی نمایید یا از بیمار در مورد آلرژی‌ها سئوال کنید. هدف و مکانیسم اثر هر یک از داروها را برای بیمار توضیح بدهید.

قبل از دارودادن باید تمام بررسی‌های لازم صورت گیرد.

۱۷ – بارکد شناسایی بیمار را در صورت لزوم بر روی دستبند وی اسکن کنید (شکل ۴).

اسکن کردن نام وی بر روی دستبند سبب کنترل بیشتر بیمار می‌شود و مطمئن می‌شوید که داروها به طور صحیح به بیمار داده می‌شود.

۱۸ – براساس مقررات سومین کنترل برچسب دارو ممکن است به این طریق باشد که بازبینی برچسب با دستورات دارویی بیمار قبل از دادن دارو به وی باشد.

بیشتر امکانات ایجاب می‌کند کنترل سوم بر بالین بیمار باشد بعد از شناسایی بیمار و قبل از دریافت دارو. اگر بازبینی سوم توصیه شده بود این کنترل سوم شما را مطمئن می‌سازد که از اشتباه حتی‌المقدور دوری کنید.

کار

۱۹ – به بیمار کمک نمایید تا در وضعیت نشسته یا به پهلو قرار گیرد.

دلیل

پوزیشن مناسب سبب تسهیل در عمل بلع می‌شود. وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلو بیمار را از آسپیره‌کردن محافظت می‌کند.

۲۰ – دارودادن

الف – به بیمار آب یا سایر مایعات مجاز را همراه با قرص، کپسول و برخی داروهای مایع بدهید.

مایعات سبب تسهیل در بلع داروهای جامد می‌شود. برخی داروهای مایع به قصد چسبیدن (ماندن) در ناحیه حلق داده می‌شود که در این صورت همراه با دارو مایعات داده نمی‌شود.

ب – از بیمار در ارتباط با مصرف داروها با دست یا با فنجان سؤال کنید.

این امر سبب تشویق بیمار جهت همکاری در مصرف داروها می‌شود.

۲۱ – تاخوردن کامل داروها، در کنار بیمار بمانید. هیچگاه هنگام دارو دادن بیمار را ترک نکنید (شکل ۵).

تا زمانی که شما بلعیدن دارو توسط بیمار را مشاهده نکرده‌اید مجاز به ثبت دریافت دارو نیستید. برگه ثبت بیمار یک سند قانونی است. دادن دارو در کنار تخت بیمار فقط با دستور پزشک امکان‌پذیر است. برگهٔ ثبت بیمار یک سند قانونی است فقط با دستور پزشک می‌توان در کنار بستر بیمار دارو را باقی گذاشت.



شکل ۵. در کنار بیمار تا زمان خوردن کامل داروها بمانید.

۲۲ – بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. در صورت استفاده از PPE، آن را خارج کنید. دست‌ها را بشوئید.

سبب راحتی بیمار می‌شود. درآوردن PPE سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود. رعایت بهداشت دست‌ها باعث پیشگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌گردد.

۲۳ – بلافاصله پس از تجویز دارو، آن را ثبت نمایید. بخش مربوط به ثبت اطلاعات را که در قسمت‌های بعدی کتاب آمده است، ملاحظه نمایید.

ثبت‌کردن به موقع وقایع، سبب اطمینان از امنیت بیمار می‌شود.

۲۴ – بیمار را پس از دارو دادن از جهت مشخص نمودن واکنش دارویی، در فواصل زمانی مناسب بررسی نمایید.

بیمار باید جهت درمان و اثرات نامطلوب دارویی بررسی شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

تجویز هر دارو در CMAR/MAR یا استفاده از شکل مورد استفاده را بلافاصله پس از تجویز ثبت کنید که شامل: تاریخ و زمان تجویز است (شکل ۶). در صورتیکه از یک سیستم بارکد استفاده می‌شود، تجویز دارو هنگام اسکن به طور اتوماتیک ثبت می‌گردد. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی تجویز دارو جلوگیری می‌کند. در صورتیکه دارو حذف و یا پرهیز می‌شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو ثبت شود و پزشک را مطلع کنید. این کار موجب می‌شود که حذف داروی تجویزی اصلاح و اطمینان حاصل می‌شود که پزشک از شرایط بیمار آگاه است. ثبت تجویز خواب آورها ممکن است نیازمند ثبت‌های دیگر بر روی منطقه‌ی ثبت خواب آور همچون توضیح میزان دارو و دیگر اطلاعات خاص باشد. دریافت مایعات را ثبت کنید اگر دریافت و اندازه‌گیری خروجی مورد نیاز باشد.



شکل ۶. هر داروی داده شده را در CMAR ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار احساس می‌کند دارو در گلویش مانده است: به بیمار پیشنهاد کنید تا آب بیشتری بنوشد. در صورت مجازبودن به بیمار نان یا بیسکویت بدهید تا کمک کند دارو به سمت معده حرکت کند.
- مشخص نمی‌باشد که آیا بیمار دارو را بلعیده یا خیر: دهان بیمار، زیر زبان و بین چانه و گونه را ببینید. امکان دارد که بیمار دارو را در گونه‌های خود نگه دارد تا از خوردن آن اجتناب ورزیده یا آن را برای استفاده بعدی نگه دارد. این کار برای بسیاری از داروها انجام شده به خصوص داروهای ضد افسردگی و ضد درد. بیمارانی که مشکوک به خودکشی هستند می‌بایست کاملاً تحت نظر قرار گیرند تا دارو را در گونه یا دهان خود مخفی نکنند. ممکن است این بیماران سعی در جمع‌کردن مقدار زیادی دارو نمایند تا به منظور خودکشی به طور یکجا همه آنها را مصرف نمایند. ممکن است سوء استفاده کنندگان از دارو مقدار زیادی از دارو را در گونه‌های خود مخفی نمایند تا همه را یکجا مصرف کرده و تا احساس لذت‌بخشی را تجربه کنند.
- بیمار فوراً یا در مدت کوتاهی پس از خوردن داروهای خوراکی استفراغ می‌کند: استفراغ را مورد بررسی قرار دهید، به دنبال چند قرص بگردید. هیچ داروی جایگزینی را بدون اطلاع پزشک به او ندهید. در صورتی که یک حبهٔ قرص مشاهده شد و قابل شناسایی نبود باید از پزشک بخواهید که دارویی مجدد به وی بدهد، در صورتی که حبهٔ قرص مشاهده نشد و دارو قابل تشخیص نبود، داروی دیگری به وی ندهید تا بیمار دوز بالایی از دارو را دریافت نکند.
- کودک از خوردن دارو اجتناب می‌کند: برخی داروها را می‌توان با مقدار کمی غذا مانند پوره‌جات یا بستنی مخلوط کرد. دارو را داخل مایع نریزید زیرا ممکن است دارو طعم مایع را تغییر دهد و در صورتی که کودک از نوشیدن ته مانده مایع اجتناب کند شما متوجه نمی‌شوید که چه میزانی از دارو را خورده است. ممکن است به منظور تدبیر روش‌های دارودادن به

کودک به خلاقیت نیاز باشد، جهت دریافت پیشنهادات به "ملاحظات نوزاد و کودک مراجعه کنید".

- کپسول یا قرص هنگام دادن به بیمار بر زمین می‌افتد: دارو را دور بریزید و داروی جدیدی به بیمار بدهید این کار از آلودگی و انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
- بیمار از خوردن دارو اجتناب می‌کند: دلیل اجتناب بیمار را روشن سازید. درک استفاده از دارو و اطلاعات دیگری که می‌تواند مناسب باشد برای وی مرور کنید. در صورتی که شما نتوانستید علی‌رغم آموزش و مشاوره دارو را به وی بدهید، براساس مقررات مؤسسه موضوع را گزارش کنید و به پزشک اطلاع دهید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- تهیه برخی از داروهای مایع از قبیل سوسپانسیون‌ها مستلزم تکان‌دادن دارو می‌باشد تا از حل‌شدن دارو داخل مایع اطمینان حاصل گردد. با الزامات خاص مصرف داروهایی که به بیمار می‌دهید آشنا شوید.
- داروهایی با جذب زیرزبانی، می‌بایست در زیر زبان بیمار قرار داده شوند. به بیمار بگویید که بگذارد تا دارو کاملاً حل شود و بر اهمیت عدم بلع دارو تأکید کنید.
- برخی داروهای خوراکی به صورت پودر می‌باشند. میزان مایع دقیقی که دارو می‌بایست در آن حل شود را مشخص کنید. اطلاعات معمولاً بر روی بسته‌بندی موجود می‌باشد. هرگونه دستورالعمل غیرواضح را از طریق پزشک یا مؤسسات دارویی مشخص نمایید. در صورتی که مجاز به حل دارو در بیش از یک مایع هستید بیمار را نیز در تصمیم‌گیری دخالت دهید ممکن است بیمار انتخابی را بهتر بداند.
- ارزیابی مداوم یکی از مهمترین بخش‌های مراقبت‌های پرستاری به شمار می‌آید که پاسخ بیمار به دارو را ارزیابی کرده و عوارض جانبی دارو را به موقع تشخیص می‌دهد. در صورتی که عارضهٔ جانبی مشاهده شد، مصرف بیشتر دارو را متوقف کنید و مراقبین بهداشتی بیمار را مطلع سازید. سایر مداخلات بستگی به نوع عکس‌العمل و ارزیابی بیمار دارد.
- اگر بیماران در رابطه با دستور دارویی سؤال می‌کنند یا می‌گویند دوز دارویی‌شان با دوز معمولی تفاوت دارد، همیشه قبل از دادن دارو مجدداً با دستور اصلی (بروشور) یا پزشک کنترل نمایید.
- اگر سطح هوشیاری بیمار تغییر کرد یا اشکالی در بلعیدن وی ایجاد شد، با پزشک مشورت نمایید تا راه مصرف و سایر اشکال دارویی را مشخص نماید. این روش برای کودکان یا بیمارانی که دچار اختلال شعور شده و از خوردن دارو امتناع می‌ورزند نیز یک راه حل به شمار می‌آید.
- بیماران دچار ضعف بینایی ممکن است درخواست کنند که نوشته‌های روی برچسب جعبه دارو بزرگتر باشد، استفاده از یک ذره‌بین نیز می‌تواند برای آنان مفید باشد.
- اطلاعات دارویی مکتوب تهیه کنید تا مشاوره و آموزش را مورد تأکید قرار دهید، البته در صورتی که بیمار باسواد باشد. اگر بیمار توانایی خواندن نداشته باشد اطلاعات مکتوب را در اختیار اعضای خانواده او قرار دهید. اطلاعات مکتوب باید به طریقی نوشته شود تا درک آن آسان باشد.
- اگر بیمار در بلعیدن دارو مشکل داشت می‌توانید دارو را خرد کنید تا خوردن آن آسانتر شود. همه نوع دارو را نمی‌توان خرد کرد. در این رابطه با پزشک مشاوره کنید. داروهای طولانی‌اثر و با جذب آهسته نمونه‌ای از داروهایی هستند که نمی‌توان آنها را خرد نمود. در صورتی که دارو قابل خردکردن باشد می‌تواند از یک قرص خردکن استفاده کنید و یا توسط وسیله‌ای آن را پودر کنید. قرص‌ها را در هنگام مصرف خرد کنید. پودر را با آب یا مایع تجویز شده در یک فنجان دارویی حل کنید هر دارو را جدا از دیگری نگه دارید. برچسب جعبه را روی فنجان دارو جهت استفاده‌های بعدی بچسبانید. دارو خرد شده را می‌توانید با مقداری غذای نرم مانند پوره مخلوط کنید تا خوردن آن آسان شود.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- وسایل مخصوص از قبیل سرنگ‌های خوراکی و پستانک‌هایی در اندازه‌های مختلف جهت اطمینان حاصل نمودن از صحت مصرف دارو در بچه‌ها و نوزادان در داروخانه‌ها موجود است.
- برخی از روش‌های موثر برای مصرف دارو در بچه‌ها شامل مواردی به شرح زیر می‌باشد. ترتیب‌دادن یک چای پارتی[1] با فنجان‌های دارویی، قراردادن یک سرنگ (بدون سوزن) یا قطره‌چکان در فاصله بین گونه و لثه و دادن دارو به طور آهسته، ترتیب‌دادن یک برنامه تشویقی ویژه پس از مصرف دارو (به طور مثال تماشای فیلم، بازی‌کردن یا یک غذای مخصوص در صورت مجازبودن).
- مؤسسه تجربیات دارو دادن ایمنی (ISMP) و کمیته نظارت بر مواد غذایی و دارویی (FDA) گزارشاتی دریافت نموده است مبنی بر اینکه راه تنفسی نوزادان هنگام دارو دادن با سرنگ با درپوش پلاستیکی آن مسدود شده و انسداد راه تنفسی ایجاد کرده و باعث خفگی شیرخواران شده است. این سازمان‌ها توصیه کردند نکات ذیل رعایت شود:
- سرپوش سرنگ را بعد از خارج‌کردن دور بیندازید و سپس سرنگ را جهت تغذیه نوزاد به خانواده بیمار بدهید.
- به خانواده‌ها توصیه کنید مراقب درپوش سرنگ‌های خریداری شده از داروخانه باشند و چنانچه مشکلی در این مورد داشتند به FDA گزارش کنند. شرکت‌های مربوطه سرنگ‌های دهانی ساخته‌اند که برچسب استفاده از راه دهان را دارند و فاقد درپوش می‌باشند.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- بیماران سالمند مبتلا به آرتریت ممکن است برای بازکردن درپوش‌های محکم که جهت حفاظت بچه‌ها می‌باشد، دچار مشکل شوند. در صورت درخواست، پزشک داروساز می‌تواند درپوشی را که آسان‌تر باز شود، جایگزین نماید. پیچیدن یک کش لاستیکی به دور سر ظرف ممکن است باعث ایجاد امنیت بیشتر برای افراد مسن شود.
- در صورت امکان، اطلاعات دارویی را با اندازه بزرگ بنویسید.
- تغییرات فیزیولوژیک ناشی از افزایش سن، از قبیل کاهش قابلیت تحرک معده، توده عضلانی، تولید اسید و جریان خون می‌توانند پاسخ بیمار به داروها را تغییر دهند، از قبیل جذب دارو و افزایش ریسک بروز اثرات مضر. بیماران مسن معمولاً با احتمال بیشتری از چندین دارو به طور همزمان استفاده می‌نمایند. بنابراین واکنش‌های دارویی در افراد مسن بسیار شایع و خطرناک می‌باشند.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- بیمار را تشویق نمایید تا داروهایی که تاریخ مصرف آنها گذشته است، دور بریزد. براساس برچسبی که راهنمایی‌های عمومی را در آن نوشته‌اند.
- پیشنهاد کنید زمانی که بچه یا حیوان خانگی در محیط زندگی‌شان وجود دارد، داروها را در جای امنی نگهداری کنند.
- با والدین در مورد تفاوت زیاد تأثیر منفی داروهای ساخته شده برای نوزادان و داروهای ساخته شده برای کودکان بحث و گفتگو کنید. برخی اوقات والدین تشخیص نمی‌دهند که در تأثیر مصرف دارو به طور صحیح که منجر به دوز بالا و پایین دارو می‌گردد تفاوت بالقوه‌ای وجود دارد.
- بیماران را به داشتن یک کارت حاوی لیست داروها، دوز آن‌ها و میزان مصرف و زمان دادن دارو در مواقع اضطراری تشویق کنید.
- در مورد استفاده از یک وسیلهٔ اندازه‌گیری مناسب جهت داروهای مایع با بیمار صحبت کنید. بیمار در مورد ظرف مدرج اندازه‌گیری دارو باید آگاهی داشته باشد؛ باید از طریق فنجان مخصوص داروهای مایع، سرنگ خوراکی، یا قاشق مدرج استفاده کنند تا دُز دارو را به طور صحیح دریافت نمایند.

1- Tea party

روش کار ۲-٤ کشیدن دارو از یک آمپول

نکات قابل توجه

کشیدن دارو از یک آمپول فقط باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

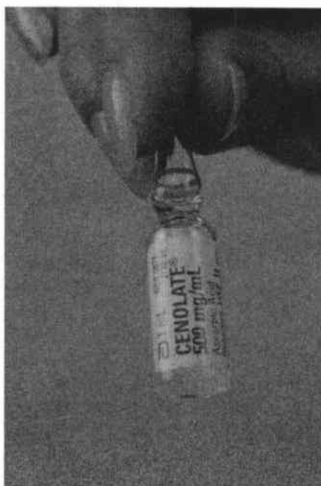
- سرنگ استریل و سوزن فیلتردار
- پنبه الکل یا گاز پد
- آمپول حاوی دارو
- کاردکس دارویی یا جدولی که به وسیله کامپیوتر ارائه می‌گردد (MAR)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را بچینید. برطبق مقررات مرکز درمانی خود، دستور دارویی را با دستور اصلی پزشک مقایسه نمایید. هرگونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل کنید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مرکز به شمار می‌آید.
۲ - از تأثیر دارو، ملاحظات پرستاری خاص، میزان دُز مطمئن، هدف از تجویز و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل کنید. به مناسب‌بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این اطلاعات به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو را در رابطه با مشکلات بیمار ارزیابی کند و بتواند به او در مورد داروهایش آموزش دهد.
۳ - دست‌ها را بشویید.	شستشوی دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ - ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده کنید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.
۵ - ترالی یا قفسه دارو را باز کنید. کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو، باعث محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت‌های دارو می‌باشند تا در هنگام عدم استفاده قفل شوند. با واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهد که تنها مصرف کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کنندهٔ مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.
۶ - داروهای یک بیمار را در یک زمان آماده کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.
۷ - کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.



شکل ۱. ضربه‌زدن به قسمت بالایی آمپول.



شکل ۲. چرخاندن سریع مچ، در حالی که آمپول به طور عمودی نگه داشته شده.



شکل ۳. شکستن سر آمپول با یک حرکت ناگهانی.

کار

۸ – برچسب را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل کنید و محاسبات لازم را انجام دهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.

۹ – در حالی که آمپول را به طور عمودی نگه داشته‌اید ضربه آهسته به سر آمپول بزنید (شکل ۱) یا مچ دستتان را سریعاً بچرخانید (شکل ۲). در حالی که آمپول به طور عمودی نگه داشته شده است.

۱۰ – یک گاز پد کوچک یا پنبه الکلی که الکل اضافه آن را گرفته‌اید اطراف گردن آمپول بپیچید.

۱۱ – با یک حرکت ناگهانی قسمت بالای آمپول را در امتداد خطی که دور گردن آن کشیده شده است بشکنید (شکل ۳). همیشه دور از بدنتان آمپول را بشکنید.

۱۲ – سوزن فیلتردار را به سرنگ وصل کنید. درپوش سوزن فیلتردار را با کشیدن به طور مستقیم بردارید.

دلیل

این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.

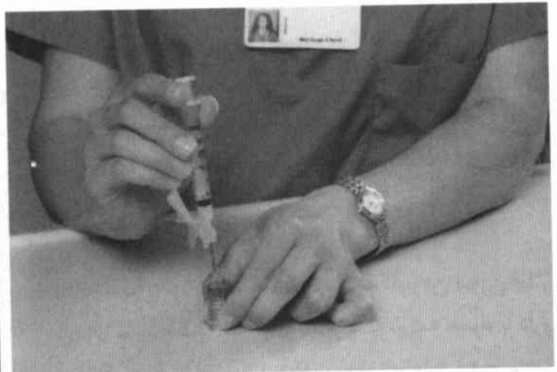
این کار سبب تسهیل حرکت دارو از سر به بدنهٔ آمپول می‌شود.

این کار سبب حمایت انگشتان پرستار از فرورفتن شیشه هنگام شکستن آمپول می‌شود.

این کار سبب حفاظت صورت پرستار از قطعه‌های خرده شیشه می‌شود.

دهانه آمپول آلوده محسوب می‌گردد. به کاربردن سوزن فیلتر دارد از کشیده‌شدن اتفاقی ذرات کوچک شیشه همراه با دارو پیشگیری می‌کنند. کشیدن درپوش سوزن به صورت مستقیم از فرورفتن احتمالی سوزن در دست جلوگیری می‌کند.

کار	دلیل
۱۳ - دارو را از میزانی که دستور داده شده مقدار کمی بیشتر بکشید (حدود ۳۰٪). هوا وارد محلول نکنید. از یکی از روش‌های زیر استفاده کنید. در حین واردکردن سوزن فیلتردار به داخل آمپول، مراقب باشید تا دستتان با حاشیه آمپول برخورد نکند.	با کشیدن مقدار کمی بیشتر دارو با اطمینان حباب‌های هوا را از سرنگ خارج کنید. هم چنان که آمپول درون سرنگ می‌باشد. در این حالت، داروی کافی در سرنگ باقی می‌ماند. محتویات آمپول تحت فشار نیستند. بنابراین به هوا نیازی نیست و هوا سبب می‌شود که محتویات آمپول بیرون ریخته شود. لبهٔ آمپول آلوده در نظر گرفته می‌شود.
الف - نوک سوزن را وارد آمپول کنید، در حالی که آمپول را به طور مستقیم روی یک سطح صاف قرار داده‌اید، و سپس مایع را به داخل سرنگ بکشید (شکل ۴). فقط لبهٔ برجسته بالای پیستون سرنگ را لمس کنید.	گرفتن لبهٔ برجستهٔ بالای پیستون سبب می‌شود که بدنهٔ پیستون، استریل نگهداشته شود.
ب - نوک سوزن را وارد آمپول کنید و آمپول را وارونه نمایید. سوزن را در مرکز آمپول نگه دارید و آن را در تماس با کناره‌های آمپول قرار ندهید. ضمن کشیدن مایع به داخل سرنگ (شکل ۵) فقط لبهٔ برجسته بالای پیستون سرنگ را لمس کنید.	کشش سطحی، هنگام وارونه‌کردن آمپول سبب نگهداشتن مایع درون آمپول می‌شود. اگر سوزن با کناره‌های آمپول تماس پیدا کرد، آن را از آمپول خارج کنید و سپس دوباره وارد نمایید. زیرا کشش سطحی از بین می‌رود و مایع بیرون می‌ریزد. وقتی فقط لبهٔ برجسته بالای پیستون را نگهداریم، قسمت بدنه پیستون استریل باقی می‌ماند.
۱۴ - چنانچه حباب‌های هوایی که ممکن است در محلول تشکیل شود از سرنگ خارج نگردید، منتظر بمانید تا زمانی که سوزن را از آمپول خارج کنید و سپس چند ضربه به سرنگ بزنید و با دقت هوا را خارج کنید. میزان داروی داخل سرنگ را بررسی کنید و اضافه دارو را دور بریزید.	تزریق هوا داخل محلول سبب افزایش فشار داخل آمپول می‌شود و ممکن است سبب بیرون ریختن دارو از آمپول می‌شود. آمپول‌ها ممکن است حاوی مقدار بیشتری دارو باشند. با اندازه‌گیری دقیق مطمئن شوید که دوز صحیحی از دارو را کشیده‌اید.



شکل ۴. کشیدن دارو از آمپول عمودی



شکل ۵. کشیدن دارو از آمپول وارونه شده

کار	دلیل
۱۵ - برچسب دارویی را با کاردکس دارویی مطابقت دهید. براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عملی گردد، هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی وی کنترل کنید.	این کار سومین مرحله کنترل دارویی است که کاملاً مطمئن می‌شوید و از بروز خطا پیشگیری می‌گردد. توجه: بسیاری از مراکز اذعان دارند که سومین مرحله کنترل باید در کنار تخت بیمار انجام گیرد، یعنی بعد از شناسایی بیمار و قبل از تجویز دارو.
۱۶ - درپوش محافظ سوزن فیلتر را بگذارید و سوزن را جدا کنید. فیلتر سوزن را در یک ظرف مناسبی دور بریزید. سوزن مورد نظر را روی سرنگ قرار بدهید.	فیلتر سوزن را که جهت کشیدن دارو استفاده شد نباید برای مصرف دارو استفاده نمود تا از ورود خرده شیشه به بدن بیمار جلوگیری شود. این عمل باعث خواهد شد که هیچ خرده شیشه وارد بدن بیمار نشود.
۱۷ - آمپول را در ظرف مناسبی دور بیاندازید.	هر دارویی که از آمپول خارج شد در صورت عدم مصرف باید دور ریخته شود زیرا غیر استریل تلقی می‌گردد.
۱۸ - قبل از ترک محل، قفسه دارویی یا کارت دارویی را قفل کنید.	قفل‌کردن کارت یا قفسه دارویی، باعث محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.
۱۹ - دست‌هایتان را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها پیشگیری می‌کند.
۲۰ - براساس روش تجویز، اقدام به انجام کار نمایید.	برای روش تجویز دارو، مهارت‌های لازم را داشته باشید.

ثبت

راهنمایی‌ها

ثبت چگونگی کشیدن دارو از آمپول ضروری نمی‌باشد. تجویز هر دارو در CMAR/MAR یا استفاده از شکل مورد استفاده را بلافاصله پس از تجویز، ثبت کنید که شامل تاریخ و زمان تجویز است. در صورتیکه از سیستم بارکد استفاده می‌شود، تجویز دارو هنگام اسکن، به طور اتوماتیک ثبت می‌شود. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی تجویز دارو جلوگیری می‌کند. در صورتیکه دارو حذف و یا پرهیز می‌شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو، ثبت شود و پزشک را مطلع کنید. این کار موجب می‌شود که حذف داروی تجویزی اصلاح و اطمینان حاصل می‌شود که پزشک از شرایط بیمار آگاه است. ثبت تجویز خواب آورها ممکن است نیازمند ثبت‌های دیگر بر روی منطقه‌ی ثبت خواب آور همچون؛ توضیح میزان دارو و دیگر اطلاعات خاص باشد. دریافت مایعات را ثبت کنید، اگر دریافت و اندازه‌گیری خروجی مورد نیاز باشد.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- پرستار هنگامی که سعی کند در آمپول را باز کند دست خود را می‌برد: آمپول را به علت آلودگی ایجاد شده دور بریزید. زخم را ببندید و از آمپول جدیدی استفاده نمایید. این وضعیت را برطبق مقررات مؤسسه گزارش نمایید.
- تمام دارو از بدنه آمپول کشیده نشده است و مقدار ناکافی دارو در بدنهٔ آمپول برای تجویز باقی مانده است: آمپول و داروی کشیده شده را دور بریزید و از آمپول جدیدی استفاده کنید و دوباره بکشید. داروی موجود در بدنهٔ اصلی آلوده می‌شود به محض اینکه گردن آمپول در یک سطح غیراستریل قرار داده شود.
- پرستار هوا را به داخل آمپول وارونه تزریق می‌کند و دارو پخش می‌شود: دست‌هایتان را بشویید تا از دارو پاک شود.

چنانچه هر دارویی وارد چشم‌هایتان شد، چشم‌هایتان را شستشو دهید. از آمپول جدیدی برای تجویز استفاده کنید. در صورت لزوم، برطبق مقررات مؤسسه، آسیب وارده را گزارش کنید.

- دارو بدون استفاده از سوزن فیلتردار آماده شده است: یک سوزن فیلتردار به جای سوزن قبلی قرار دهید. دارو را از طریق یک سوزن فیلتردار به سرنگ جدیدی وارد نمایید و سپس برای بیمار استفاده کنید.
- پیستون قبل از واردشدن درون آمپول آلوده می‌شود: سوزن و سرنگ را دور بریزید و دوباره این کار را انجام دهید. چنانچه پیستون بعد از کشیدن دارو به داخل سرنگ آلوده شد، نیازی نیست که دور بریزید و مجدداً این کار را انجام دهید. پیستون آلوده هنگام تزریق دارو وارد بدنهٔ سرنگ می‌شود و دارو را آلوده نمی‌کند.

روش کار ۳-٤ کشیدن دارو از یک ویال

نکات قابل توجه

کشیدن دارو از یک ویال فقط باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

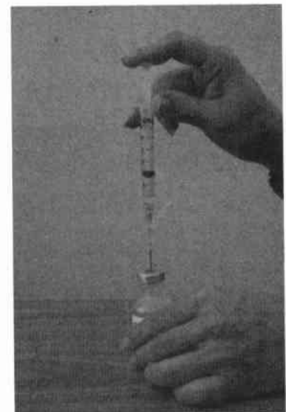
وسایل

- سرنگ استریل و سرسوزن (اندازه آن بستگی به داروی تجویز شده و بیمار دارد)
- ویال دارویی
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌شود (MAR)
- پنبه الکلی
- سوزن فیلتردار (اختیاری)
- دومین سوزن (اختیاری)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور اصلی پزشک برطبق خط مشیء مؤسسه مطابقت دهید. پرونده بیمار را از نظر وجود آلرژی بررسی نمایید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید.
۲ – از تأثیر دارو، ملاحظات خاص پرستاری، میزان دُز مطمئن دارو، هدف از تجویز و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل نمایید. به مناسب بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این اطلاعات به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو در رابطه با مشکلات بیمار را ارزیابی کند، و بتواند به بیمار در مورد داروهایش آموزش بدهد.
۳ – دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ – ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.
۵ – ترالی یا قفسه دارو را باز کنید کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را در صورت لزوم اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت‌های دارو می‌باشند تا در هنگام عدم استفاده قفل شوند. با واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهید که تنها مصرف‌کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کننده از مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.
۶ – داروی یک بیمار را در یک زمان تهیه کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.
۷ – کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.

کار	دلیل
۸ – برچسب دارو را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام بدهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.	این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.
۹ – درپوش لاستیکی یا فلزی روی ویال که از سر لاستیکی آن محافظت می‌کند را بردارید.	برای دسترسی به محتویات آمپول، باید سر آن برداشته شود.
۱۰ – سر لاستیکی ویال را پنبه الکل بزنید و بگذارید تا خشک شود.	الکل آلودگی‌های باکتریایی سطحی را از بین می‌برد. اجازه دهید که الکل خشک شود تا از ورود آن بداخل ویال جلوگیری کند.
۱۱ – درپوش سوزن را با کشیدن به طور مستقیم به عقب بردارید. بعضی مراکز درمانی توصیه می‌کنند زمانی که داروی از قبل مخلوط شده را از ویال حاوی چند دوز دارویی می‌کشید، از سوزن فیلتردار استفاده نمایید. به اندازه دوز دارویی که می‌خواهید بکشید، به داخل سرنگ هوا وارد کنید.	برداشتن درپوش به شیوه مستقیم از آسیب احتمالی ناشی از فرورفتن سوزن در دست جلوگیری می‌کند. دست‌زدن به انتهای پیستون موجب می‌شود تا بدنه آن استریل باقی بماند. قبل از کشیدن مایع به همان میزان هوا وارد کنید تا از ایجاد خلاء نسبی پیشگیری شود زیرا ویال یک محفظه دربسته است. اگر به اندازه کافی هوا وارد نکنید، فشار منفی باعث ایجاد مشکل در کشیدن دارو می‌شود. استفاده از فیلتر سوزن از ورود مواد جامد از طریق سوزن طی کشیدن دارو جلوگیری می‌کند.
۱۲ – ویال را روی یک سطح صاف قرار دهید. نوک سوزن را از مرکز درپوش لاستیکی وارد کنید و هم اندازه با داروی تجویز شده هوا به فضای بالای محلول تزریق نمایید (شکل ۱). (هوا را به داخل محلول تزریق نکنید).	حباب‌های تشکیل شده هوا در میان محلول ممکن است باعث شود که میزان نادرستی از دارو به داخل سرنگ کشیده شود.
۱۳ – ویال را وارونه کنید و نوک سوزن را کمی بیرون بکشید به طوری که زیر سطح مایع قرار بگیرد. (شکل ۲)	این کار باعث پیشگیری از ورود هوا به داخل سرنگ می‌شود.


شکل ۱. تزریق هوا به داخل ویال عمودی


شکل ۲. وارد کردن سرسوزن به داخل محلول


شکل ۳. کشیدن دارو در سطح چشم‌ها

کار	دلیل
۱۴ - ویال را در یک دست خود نگه دارید و با دست دیگر دارو را بکشید. مقدار داروی تجویز شده را در حالی که سرنگ را به طور عمودی در سطح چشمانتان نگهداشته‌اید به داخل سرنگ بکشید (شکل ۳).	نگهداشتن سرنگ در سطح چشمانتان سبب تسهیل در خواندن با دقت درجه‌بندی آن می‌شود و وضعیت عمودی خارج ساختن حباب‌های هوا را آسان می‌کند. وقتی فقط قسمت برجستهٔ پیستون را نگهدارید، قسمت بدنهٔ پیستون استریل می‌ماند.
۱۵ - چنانچه حباب‌های هوا در سرنگ جمع شده، چند ضربهٔ تند به بدنهٔ سرنگ بزنید و سوزن را جابه‌جا کنید به طوری که از مایع درون ویال بگذرد و وارد فضای هوای بالای آن شود و حباب‌های هوا در سرنگ را به داخل ویال تزریق کنید. دوباره نوک سوزن را وارد محلول کنید و کشیدن دارو را ادامه دهید.	حباب‌های هوای موجود در سرنگ باید خارج شود تا از دُز دقیق دارو مطمئن شوید.
۱۶ - بعد از کشیدن دوز صحیح دارو، سوزن را از ویال خارج کنید و با دقت درپوش روی سوزن را بگذارید. اگر سوزن فیلتردار برای کشیدن دارو استفاده می‌شود و چنانچه در مصرف دارو نیاز به سوزن باشد، سوزن فیلتردار را خارج کنید و یک سوزن جدید جایگزین آن کنید. برخی مراکز درمانی تعویض سوزن را توصیه می‌کنند، چون ممکن است پیش از تزریق، یکی از آنها برای کشیدن دارو مورد استفاده قرار گیرد.	این کار از آلودگی سوزن جلوگیری می‌کند و پرستاران را در مقابل فرورفتن اتفاقی سوزن به بدنشان محافظت می‌کند روش یک دستی تعویض درپوش در طول مراقبت مورد استفاده قرار می‌گیرد تا از آلودگی سوزن جلوگیری شود. سوزن فیلتردار که برای کشیدن دارو استفاده می‌شود. جهت مصرف دارو مورد استفاده قرار نمی‌گیرد تا از ورود هرگونه جسم خارجی به بدن بیمار جلوگیری شود. به علاوه مطمئن شوید که در نوک سر سوزن دارو باقی نمانده باشد زیرا موجب افزایش درد هنگام تزریق می‌گردد.
۱۷ - میزان داروی درون سرنگ را با دُز دارویی دستور داده شده مطابقت دهید و اضافی آن را دور بریزید.	با دقت در اندازه‌گیری مطمئن می‌شوید که دُز صحیحی از دارو را کشیده‌اید.
۱۸ - برچسب روی دارو را با کاردکس مجدداً مطابقت دهید. براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد، هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.	این کار سومین مرحله کنترل داروست تا مطمئن شوید میزان صحیحی از دارو را کشیده‌اید. توجه: بیشتر مراکز درمانی پیشنهاد می‌کنند که سومین مرحله کنترل باید در کنار تخت بیمار، پس از شناسایی وی و پیش از تزریق دارو صورت گیرد.
۱۹ - اگر از یک ویال حاوی چندین دوزدارو استفاده می‌کنید، روی برچسب ویال، تاریخ و زمان بازشدن آن را بنویسید و ویال حاوی دارو را طبق مقررات مرکز درمانی خود نگهداری کنید.	چون ویال محفظه بسته است، داروی درون آن استریل باقی می‌ماند و می‌توان برای تزریقات بعدی استفاده کرد. ویال باز شده باید برچسبی داشته باشد که دارای تاریخ و زمان قابل مصرف‌بودن باشد.
۲۰ - قبل از ترک محل قفسه یا ترالی دارویی را قفل کنید.	قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.

کار	دلیل
۲۱ - دست‌هایتان را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها پیشگیری می‌کند.
۲۲ - براساس روش تجویز، اقدام به انجام کار بنمایید.	جهت روش تجویز دارو، مهارت‌های لازم را داشته باشید.

ثبت

راهنمایی ها

نیازی به ثبت خارج کردن دارو از آمپول نیست ولی بلافاصله بعد از تزریق باید گزارش آن ثبت شود.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- تکه‌ای از درپوش لاستیکی سر بطری درون داروی داخل سرنگ شناور است: ویال، سرنگ و سر سوزن را دور بریزید. از ویال جدیدی استفاده کنید و داروی دستور داده شده را آماده نمایید.
- هنگامی که سر سوزن متصل به سرنگ پر از هوا وارد ویال می‌شود، پیستون سریعاً پایین می‌آید: در صورت امکان، دارو را بکشید و به کارتان ادامه دهید. چنانچه خلاء ایجاد شده مانع کشیدن دارو می‌شود. سرنگ را خارج کنید و هوای بیشتری وارد ویال نمایید. این کار سبب می‌شود که داروی کشیده شده قبلی بدون هوای اضافی وارد ویال شود.
- پیستون قبل از تزریق هوا به درون ویال آلوده می‌شود: سرنگ و سوزن را دور بریزید و دوباره شروع به کار کنید.
- چنانچه پیستون بعد از کشیدن دارو به داخل سرنگ آلوده شد: نیازی نیست که دور بریزید و مجدداً این کار را انجام دهید. پیستون آلوده هنگام تزریق دارو وارد بدنه سرنگ می‌شود و دارو را آلوده نمی‌کند.

روش کار ٤-٤ مخلوط کردن محتوای دو ویال در یک سرنگ

نکات قابل توجه

مخلوط کردن محتوای دو ویال در یک سرنگ فقط توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

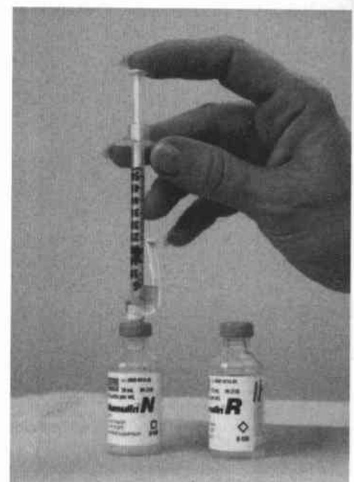
وسایل

- آماده‌کردن دو نوع انسولین در یک سرنگ به عنوان مثال در روش زیر استفاده می‌شود.
- ۲ ویال انسولین
- پنبه ضد عفونی‌کننده
- سرنگ انسولین استریل
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌گردد (MAR)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را بچینید. برطبق مقررات مرکز درمانی خود دستور دارویی را با دستور اصلی پزشک مقایسه کنید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است در حین انتقال دستورات دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌کند. پرستار باید نوع انسولین تجویز شده را بشناسد. چون اشتباه در تشخیص انسولین شفاف و کدر می‌تواند خطرناک باشد.
۲ - از تأثیر دارو، ملاحظات پرستاری خاص. میزان دُز مطمئن، هدف از تجویز دارو و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل نمایید. به مناسب‌بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این دانش به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو را در رابطه با مشکلات بیمار ارزیابی کند و در مورد داروها آموزش دهد.
۳ - دست‌هایتان را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها پیشگیری می‌کند.
۴ - ترالی دارویی بیمار را به خارج از اتاق بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی، از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.
۵ - ترالی یا قفسه دارو را باز کنید. کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو باعث محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی‌های دارو می‌باشند، تا هنگام عدم استفاده قفل شوند. واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهید که تنها مصرف کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کنندگان مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.
۶ - داروهای هر بیمار را در یک زمان آماده کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.

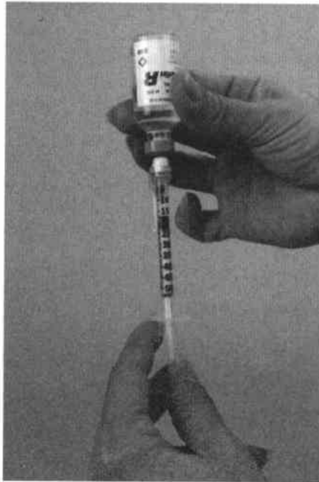
کار	دلیل
۷ - کاردکس دارویی را بخوانید و داروهای مناسب را از استوک یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.
۸ - برچسب را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام دهید. بار کد روی بسته‌بندی را در صورت نیاز اسکن کنید.	این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. در صورت لزوم، برای اطمینان محاسبات را با پرستار دیگری چک کنید.
۹ - در صورت لزوم، درپوش فلزی که از سر لاستیکی روی ویال‌ها محافظت می‌نماید را بردارید.	درپوش فلزی از آلودگی سرپوش لاستیکی ویال پیشگیری می‌کند.
۱۰ - اگر انسولین به شکل سوسپانسیون (انسولین NPH) است، ویال را بغلتانید و بچرخانید تا به خوبی مخلوط شود.	بحث‌هایی زیادی در ارتباط با اینکه چگونه به طور مناسب انسولین NPH مخلوط شود وجود دارد. برخی می‌گویند ویال را بغلتانید. برخی دیگر می‌گویند ویال را تکان دهید. بدون توجه به روش استفاده، محلول سوسپانسیون باید به خوبی مخلوط گردد تا از مصرف دوز نامشخص دارو اجتناب گردد.
۱۱ - درپوش لاستیکی را با پنبه الکل تمیز کنید. اجازه دهید خشک شود.	پنبه الکل میکروب‌های سطحی را تمیز می‌کند. فرصت کافی برای خشک شدن الکل در سر ویال سبب می‌شود الکل وارد ویال نشود.
۱۲ - درپوش سوزن را به طور مستقیم کشیده و خارج کنید. فقط با قسمت برجستهٔ پیستون سرنگ تماس داشته باشید. به اندازهٔ مقداری از دارویی که می‌خواهید بکشید به داخل سرنگ هوا وارد کنید.	کشیدن درپوش سوزن به شیوه مستقیم از فرورفتن احتمالی سوزن در دست جلوگیری می‌کند. دست‌زدن به انتهای پیستون، از آلوده‌شدن تنه آن جلوگیری می‌کند. قبل از کشیدن دارو، به همان میزانی که قرار است دارو بکشید هوا به داخل ویال وارد نمایید تا از ایجاد خلاء نسبی جلوگیری شود. چنانچه به میزان کافی هوا وارد ویال نشود هنگام کشیدن دارو با مشکل مواجه می‌شوید.
۱۳ - ویال انسولین تغییر شکل یافته (NPH) را در یک سطح صافی قرار دهید. نوک سوزن را در مرکز سر لاستیکی ویال وارد کنید و به اندازهٔ میزانی از دارویی که می‌خواهید بکشید، در بالای محلول هوا وارد نمایید (شکل ۱). هوا را درون محلول تزریق نکنید. سوزن را درون ویال نگه دارید.	انسولین تغییر شکل نیافته (شفاف) هرگز نباید با انسولین تغییر شکل یافته (NPH) آغشته گردد. واردکردن هوا در انسولین تغییر شکل یافته و اجازه ندادن تماس انسولین با سر سوزن اطمینان می‌بخشد که ویال دوم توسط داروی ویال اول مخلوط نشده است. حباب‌های هوا در انسولین سبب کشیده‌شدن مقدار غیرصحیح دارو می‌شود.
۱۴ - برابر با میزان انسولینی که می‌خواهید به درون سرنگ بکشید، هوا وارد سرنگ کنید.	یک ویال محفظه کاملاً بسته است بنابراین تزریق مقداری تقریباً به اندازه مایع داخل ویال هوا به داخل آن (قبل از خارج کردن مایع) موجب ایجاد یک کشش منفی به داخل سرنگ می‌گردد توسط این فشار منفی مایع به داخل سرنگ کشیده می‌شود. اگر این فشار منفی به اندازه کافی نباشد کشیدن دارو به داخل سرنگ به سختی انجام می‌گیرد.



شکل ۱. تزریق هوا به داخل فرآورده تغییر شکل یافته انسولین (NPH).



شکل ۲. تزریق هوا به داخل انسولین شفاف.



شکل ۳. کشیدن دُز تجویز شده انسولین شفاف.

کار

۱۵ - ویال تغییر شکل نیافته (ریگولار) را بر روی سطح صافی نگه دارید. نوک سوزن را در مرکز لاستیکی سر ویال وارد نمایید و به اندازهٔ دارویی که می‌خواهید بکشید. در قسمت بالای محلول هوا وارد کنید (شکل ۲). درون محلول هوا تزریق نکنید. سوزن را درون ویال نگه دارید.

دلیل: وجود حباب هوا در محلول سبب بروز اختلال در به دست آوردن دُز مناسب دارو می‌شود.

۱۶ - ویال حاوی انسولین ریگولار را وارونه نمایید. ویال را در یک دست نگه دارید و با دستی دیگر دارو را بکشید. دست شما فقط با قسمت برجستهٔ پیستون سرنگ تماس داشته باشد. داروی تجویز شده را در حالی که سرنگ را در سطح چشمانتان به طوری عمودی قرار داده‌اید، بکشید (شکل ۳). ویال را برگردانید و سپس سوزن را خارج کنید.

دلیل: نگه داشتن سرنگ در سطح چشم‌ها سبب تسهیل در خواندن و نگه داشتن آن به صورت عمودی سبب تسهیل در خروج هوا از داخل سرنگ می‌شود. این اولین داروی آماده شده است و نباید با انسولین NPH مخلوط کنید.

۱۷ - دقت نمایید که حباب‌های هوا داخل سرنگ وجود نداشته باشد.

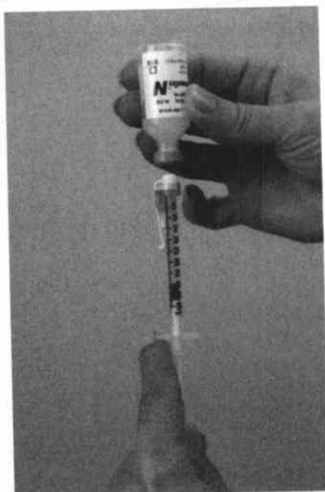
دلیل: وجود هوا در سرنگ سبب بروز اختلال در به دست‌آوردن دُز مناسب دارو می‌گردد.

۱۸ - میزان داروی موجود در سرنگ را با دُز تجویز شده مطابقت دهید و مقدار اضافی آن را دور بریزید.

دلیل: با دقت در اندازه‌گیری مطمئن می‌شوید که دُز صحیحی از دارو را کشیده‌اید.

۱۹ - برچسب ویال را با کاردکس دارویی مطابقت دهید.

دلیل: این کار سومین مرحله کنترل دارو است تا کاملاً مطمئن شوید و از بروز خطا پیشگیری می‌شود. برخی از مراکز درمانی توصیه می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تخت بیمار، پس از شناسایی وی و پیش از تجویز دارو انجام گیرد.



شکل ۴. کشیدن انسولین تغییر شکل یافته (NPH).

کار

۲۰ – نقطهٔ انتهایی سرنگ را جهت ترکیب انسولین با نوع دیگر، در نظر داشته باشید.

۲۱ – سوزن را وارد ویال انسولین تغییر شکل یافته (NPH) کنید و سپس ویال را وارونه نمایید، توجه کنید پیستون را فشار ندهید تا دارو از سرنگ وارد ویال نشود. سرنگ را لمس کنید. داروی تجویز شده را در حالی که سرنگ را در سطح چشمانتان به طور عمودی قرار داده‌اید، بکشید. ویال را مجدداً برگردانید (به حالت معمول قرار دهید) و سپس سوزن را خارج نمایید. با دقت درپوش سوزن را بگذارید.

۲۲ – میزان داروی موجود در سرنگ را با دُز تجویز شده مطابقت دهید.

۲۳ – برچسب روی ویال را با کاردکس دارویی مطابقت دهید. براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آن به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.

دلیل

سبب می‌شود که میزان صحیحی از نوع دوم انسولین را به داخل سرنگ بکشید.

با توجه به اینکه قبلاً هوا اضافه کرده‌اید، نیازی به ایجاد فشار مثبت نمی‌باشد. نگه داشتن سرنگ به صورت عمودی در سطح چشم‌ها، سبب تسهیل در خواندن ویال انسولین NPH را وارونه کنید. با یک دست ویال را نگه دارید و با دستی دیگر دارو را بکشید. فقط قسمت برجستهٔ پیستون می‌شود. گذاشتن درپوش روی سوزن از آلودگی جلوگیری می‌کند و پرستار را در مقابل فرورفتن اتفاقی سوزن به بدنش محافظت می‌نماید. با استفاده از روش یک دستی درپوش سوزن را بگذارید تا استریل باقی بماند.

با دقت در اندازه‌گیری مطمئن می‌شوید که دُز صحیحی از دارو را کشیده‌اید.

این سومین مرحله کنترل دارویی است که کاملاً مطمئن می‌شوید و از بروز خطا پیشگیری می‌گردد. توجه بیشتر مراکز درمانی پیشنهاد می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تخت بیمار، پس از شناسایی وی و پیش از تجویز دارو صورت گیرد.

کار	دلیل
۲۴ – برچسب ویال را با تاریخ مصرف، زمان بازشدن دارو مطابقت دهید و محلول دارویی باقیمانده داخل ویال را برطبق مقررات مؤسسه نگهداری کنید.	چون ویال یک محفظه بسته است، دارو استریل باقی می‌ماند و برای دفعات بعدی می‌تواند مصرف شود. برچسب ویال بازشده دارای تاریخ و مدت زمان مصرف می‌باشد. مرکز کنترل و پیشگیری بیماری (CDC) توصیه می‌کند که این ویال‌ها حتی‌المقدور برای چندین تزریق یک بیمار استفاده شود.
۲۵ – قبل از ترک محل قفسه دارویی یا ترالی دارویی را قفل کنید.	قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای پرستاری مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.
۲۶ – دست‌هایتان را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها پیشگیری می‌کند.
۲۷ – براساس روش تجویز، اقدام به انجام کار بنمایید.	جهت روش تجویز دارو، مهارت‌های لازم را داشته باشید.

ثبت

راهنمایی‌ها

ثبت چگونگی کشیدن دارو از آمپول ضروری نمی‌باشد ولی بلافاصله بعد از تزریق باید گزارش آن ثبت شود.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- پرستار قبل از واردنمودن هوا درون ویال انسولین پیستون سرنگ را آلوده می‌کند: سرنگ و سوزن را دور بریزید و مجدداً از سوزن و سرنگ جدیدی استفاده کنید. چنانچه پیستون بعد از کشیدن دارو به داخل سرنگ آلوده شد، نیازی نیست که دور بریزید و مجدداً از سرنگ و سوزن دیگری استفاده نمایید. پیستون آلوده هنگام تزریق دارو وارد بدنهٔ سرنگ می‌شود و دارو را آلوده نمی‌کند.
- پرستار باعث می‌شود که نوک سوزن قبل از ورود به ویال انسولین شفاف با انسولین تغییر شکل یافته *(NPH)* تماس پیدا کند: سرنگ و سوزن را دور بریزید و مجدداً شروع به انجام کار نمایید.
- پرستار متوجه می‌شود که مقدار داروی ترکیب شده با میزان تجویز شده مطابقت ندارد (مثلاً میزان واحد داروی ترکیبی داخل سرنگ کمتر یا بیشتر از میزان دستور داده شده است): سرنگ را دور بریزید و مجدداً کار را انجام دهید. روشی برای اطمینان از اینکه کدام نوع انسولین اشتباه کشیده شده است یا کدام یک هدر رفته است وجود ندارد.
- پرستار انسولین شفاف را به داخل ویال انسولین تغییر شکل یافته *(NPH)* تزریق می‌کند: ویال و سرنگ را دور بریزید و مجدداً شروع به کار کنید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- برای یک بیمار دیابتی وابسته به انسولین که دچار اختلال بینایی شده، ممکن است بهتر باشد از دستگاه درشت‌نمایی (ذره‌بین) که اطراف سرنگ گذاشته می‌شود، استفاده کنید.
- قبل از آنکه پرستار سعی کند به بیمار با ضعف بینایی در مورد آماده‌کردن وسایل مورد نیاز برای تزریق انسولین توضیح

بدهد، باید کوشش کند با چشم‌های بسته یا در اتاقی با نور کم این کار را تمرین کند تا مشکلاتی که ممکن است بیمار تجربه نماید را شناسایی کند و سپس اقدام به آموزش نماید.

ملاحظات مربوط به نوزادان و کودکان

- بچه‌های سن مدرسه معمولاً با نظارت، قادر به آماده‌نمودن و تزریق داروهایی مانند انسولین می‌باشند. خانواده، سایر اعضاء مهم و بچه‌ها باید در آموزش شرکت نمایند.

روش کار ۵-٤ اجراء تزریق داخل جلدی

نکات قابل توجه

تزریق داخل جلدی فقط توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دارو
- پنبه الکل
- دستکش یک بار مصرف
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌شود (MAR)
- سرنگ و سرسوزن استریل (شماره ۲۵ تا ۲۷ و به بلندی $\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ اینچ) استون و گاز استریل چهار گوش ۲×۲ اینچ (اختیاری)
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs)، در صورت لزوم
- گاز کوچک مربع شکل

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – وسایل را جمع‌آوری کنید و دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار بر طبق مقررات مؤسسه مطابقت دهید. هرگونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل کنید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید.
۲ – از تأثیر دارو، ملاحظات پرستاری خاص، میزان دُز مطمئن دارو، هدف از تجویز و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل نمایید. به مناسب‌بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این دانش به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو را در رابطه با مشکلات بیمار ارزیابی کند، و بتواند به بیمار در مورد داروهایش آموزش بدهد.
۳ – دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ – ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.
۵ – ترالی یا قفسه دارو را باز کنید. کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را در صورت لزوم اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. کارت‌های دارویی در هنگام عدم استفاده باید قفل شوند. واردکردنِ رمز عبور و اسکن مشخصات سبب می‌شود تا فقط افراد مجاز وارد سیستم شوند.
۶ – داروی هر بیمار را در یک زمان تهیه کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.
۷ – کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.

کار

۸ – برچسب دارو را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام بدهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.

دلیل

این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.

۹ – در صورت لزوم، دارو را از آمپول یا ویال بکشید مانند روش کار ۲–۴ و ۳–۴

۱۰ – هنگامی که همهٔ داروهای یک بیمار را آماده کردید، قبل از دادن آنها به بیمار، برچسب داروها را با کاردکس دارویی مطابقت بدهید. براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آن به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.

این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن گردید و از بروز خطا پیشگیری می‌شود. توجه: بیشتر مؤسسات پیشنهاد می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تخت بیمار، بعد از شناسایی او و پیش از تجویز دارو انجام گیرد.

۱۱ – قبل از ترک محل قفسه دارویی یا ترالی دارویی را قفل کنید.

قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.

۱۲ – با دقت داروها را کنار تخت بیمار ببرید، و آنها را در تمام لحظات جلوی چشمانتان نگه دارید.

دقت در حمل و زیر نظر داشتن داروها از بی‌نظمی‌های اتفاقی و یا سهوی آنها پیشگیری می‌کند.

۱۳ – دقت نمایید که بیمار به موقع، داروهایش را مصرف می‌کند.

مقررات مرکز درمانی را کنترل مایید. ممکن است به شما اجازه دهد که نیم ساعت قبل یا نیم ساعت بعد از زمان مشخص شده دارو را به بیمار بدهید.

۱۴ – دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.

رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.

۱۵ – بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار با استفاده از دو روش شناسایی می‌شود: مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.

با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود. شماره اتاق بیمار و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد. اگر دستبند هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.

الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت کنترل کنید.

ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.

ج) تاریخ تولد بیمار را از روی دستبند کنترل کنید.

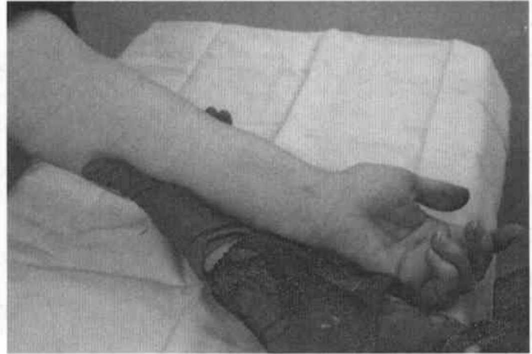
د) از بیمار بخواهید که نام و تاریخ تولد دقیق خود را بگوید.

این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد، اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.



شکل ۱. بارکد روی دستبند شناسایی بیمار اسکن کنید.

کار	دلیل
۱۶ – در اتاق را ببندید یا پردهٔ کنار تخت را بکشید.	سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود.
۱۷ – قبل از اجرای دستورات دارویی، بیمار را به طور کامل مورد بررسی قرار دهید. دستبند آلرژی وی را کنترل کنید یا از بیمار در رابطه با آلرژی‌هایش سؤال نمایید. هدف از دارو دادن را برای او شرح دهید و سپس عملیات دارودادن را اجرا نمایید.	پیش‌شرط تجویز داروها را بررسی کنید. توضیح دادن به بیمار روشی منطقی است و سبب افزایش آگاهی و کاهش اضطراب وی می‌شود.
۱۸ – بارکد شناسایی بیمار را در صورت لزوم بر روی دستبند وی اسکن نمایید (شکل ۱).	سبب کنترل بیشتر بیمار می‌شود و مطمئن می‌گردید که داروها به طور صحیح به بیمار داده می‌شود.
۱۹ – براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آن به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.	این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن گردید و از بروز خطا پیشگیری می‌شود. توجه: بیشتر مؤسسات پیشنهاد می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تخت بیمار، بعد از شناسایی او و پیش از تجویز دارو انجام گیرد.
۲۰ – دستکش‌های تمیز بپوشید.	دستکش‌ها از قرارگرفتن در معرض آلودگی جلوگیری می‌کنند.
۲۱ – محل مناسب جهت تزریق را انتخاب نمایید. به بیمار کمک کنید تا در وضعیت مناسب جهت تزریق قرار گیرد.	مناسب بودن محل تزریق سبب پیشگیری از صدمه پوستی می‌شود و فرد می‌تواند نتایج تست‌های انجام شده را در زمان‌های مناسب بخواند.
او را بپوشانید به طوری که فقط ناحیهٔ مورد استفاده برای تزریق در معرض دید باشد.	پوشاندن بیمار کمک می‌کند تا خلوت او حفظ شود.
۲۲ – با پنبه الکل با حرکات محکم چرخشی و حرکت از مرکز پوست تا محل تزریق به خارج، آن را تمیز کنید. منتظر بمانید تا پوست خشک شود.	عوامل بیماری‌زا بر روی پوست ممکن است با فشار سوزن وارد پوست بشوند، حرکت پنبه الکلی از مرکز به خارج سبب پیشگیری از آلودگی می‌شود. واردشدن الکل به داخل بافت سبب تحریک پوست و ناراحتی بیمار می‌شود.

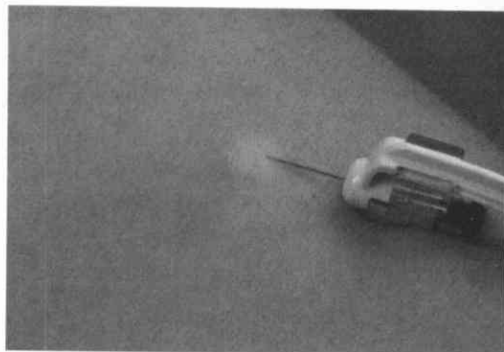


شکل ۲. کشیدن پوست در محل تزریق.



شکل ۳. واردکردن سوزن تقریباً همسطح با پوست.

کار	دلیل
۲۳ – توسط دست غیرغالب با کشیدن درپوش سوزن مستقیم به عقب آن را بردارید.	با این تکنیک خطر فرورفتن اتفاقی سر سوزن به بدن پرستار کاهش می‌یابد.
۲۴ – از دست غیرغالب برای کشیدن پوست بالای محل تزریق استفاده کنید. (شکل ۲)	کشیدن پوست، باعث ورود راحت‌تر سوزن به داخل بافت زیرجلدی می‌شود.
۲۵ – سرنگ را در دست غالب بین انگشت شست و اشاره به طوری که اریب سوزن رو به بالا باشد نگه دارید.	استفاده از دست غالب سبب سهولت انجام کار و نگه داشتن سرنگ به طور مناسب می‌شود. گذاشتن سطح اریب سوزن رو به بالا باعث می‌گردد که پوست به نرمی سوراخ شود و دارو به داخل جلد تزریق شود.
۲۶ – سرنگ را با زاویه ۵ تا ۱۵ درجه با پوست نگه دارید.سوزن را تقریباً همسطح پوست بیمار قرار دهید (شکل ۳)، و سوزن را به داخل پوست وارد کنید به طوری که نوک سوزن را از روی پوست مشاهده نمایید. سوزن را فقط در حدود ۳ میلی‌متر (۱/۸ اینچ) وارد پوست کنید.	هنگامی که سوزن به صورت مماس و موازی با پوست قرار بگیرد می‌تواند حدود ۳ میلیمتر (۱/۸ اینچ) به بافت زیرجلدی وارد شود.
۲۷ – در حالی که سوزن در محل قرار دارد، قسمت انتهایی سرنگ را ثابت کنید و دست غالب خود را در انتهای پیستون بگذارید.	از غفلت و بی‌توجهی یا بیرون آمدن سوزن جلوگیری می‌شود.
۲۸ – در حالی که به آهستگی دارو را تزریق می‌کنید پوست را از نظر ظاهرشدن برآمدگی یا تاول کوچک مشاهده کنید. (شکل ۴)	اگر تاول یا برآمدگی کوچک ظاهر شد، دارو داخل بافت زیرجلدی تزریق شده است.
۲۹ – سوزن را به سرعت با همان زاویه‌ای که وارد کرده بودید خارج نمایید. درپوش سوزن استفاده شده را بر روی آن قرار ندهید. پوشش محافظ یا محافظ سوزن را بر روی آن قرار دهید.	با سرعت بیرون کشیدن سوزن با همان زاویه‌ای که وارد شده بودید، آسیب بافتی و ناراحتی بیمار را به حداقل می‌رساند. پوشش محافظ یا محافظ سوزن از فرورفتن اتفاقی سوزن در بدن جلوگیری می‌کند.



شکل ۴. مشاهده برآمدگی هنگام تزریق دارو.

کار	دلیل
۳۰ ـ بعد از خارج‌کردن سوزن، محل تزریق را ماساژ ندهید. به بیمار بگویید که آن ناحیه را مالش ندهد. در صورت لزوم با یک تکه گاز خشک، ناحیه را به آهستگی لمس کنید. بر ناحیه تزریق فشار وارد نکرده و آن را مالش ندهید.	ماساژدادن محل تزریق ممکن است سبب توزیع و پخش دارو در بافت زیرجلدی مجاور گردد.
۳۱ ـ به بیمار کمک کنید تا در یک وضعیت راحت قرار گیرد.	این امر به احساس سلامت بیمار کمک می‌کند.
۳۲ ـ سوزن و سرنگ را در ظرف مناسبی به دور بیاندازید.	انهدام مناسب سوزن از آسیب جلوگیری می‌کند.
۳۳ ـ دستکش‌ها و وسایل محافظتی اضافی را در صورت استفاده، دربیاورید. دست‌های خود را بشوئید.	خارج‌کردن مناسب PPE، خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها سبب ممانعت از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌گردد.
۳۴ ـ پس از دادن داروهای تجویز شده به بیمار بلافاصله آن را ثبت کنید.	ثبت مداوم وقایع به ما کمک می‌کند تا از سلامت و امنیت بیمار اطمینان حاصل نماییم.
۳۵ ـ پاسخ بیمار را نسبت به دارو در محدوده‌های زمانی مشخص ارزیابی نمایید.	باید بیمار را برای اثرات درمانی و یا مضر دارو مورد ارزیابی قرار داد.
۳۶ ـ محل تزریق را از نظر واکنش دارویی در مدت تعیین شده بعد از تزریق بررسی کنید. به بیمار نیز در مورد مشاهده محل تزریق آموزش دهید.	در بسیاری از تزریقات داخل جلدی، پرستار لازم است که واکنش موضعی، در مدت زمان معین را در محل تزریق بررسی کند. آموزش بیمار سبب افزایش درک او می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

تجویز هر دارو در CMAR/MAR یا استفاده از شکل مورد استفاده را بلافاصله پس از تجویز ثبت کنید، که شامل تاریخ و زمان تجویز است. برخی مؤسسات توصیه می‌کنند که محل تزریق را با محلول ماساژ دهید. ماساژ محل، به آسانی محل تزریق زیر پوستی را مشخص می‌کند و اجازه‌ی مشاهده دقیق محل مناسب را می‌دهد. در صورتیکه از سیستم بارکد استفاده می‌شود، تجویز دارو هنگام اسکن به طور اتوماتیک ثبت می‌شود. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی تجویز دارو جلوگیری می‌کند. در صورتیکه دارو حذف و یا پرهیز شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو، ثبت شود و پزشک را مطلع سازید. این کار موجب می‌شود که حذف داروی تجویزی اصلاح شود و اطمینان حاصل می‌شود که پزشک

از شرایط بیمار آگاه است.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- پرستار تاول یا برآمدگی در محل تزریق نمی‌بیند: دارو به طریق زیرجلدی تزریق شده است، برطبق مقررات مؤسسه این مورد را گزارش کنید و پزشک را مطلع سازید. پرستار جهت تکرار تزریق، نیاز به دستور مجدد دارد.
- قبل از کشیدن سوزن، دارو به خارج از محل تزریق نشت می‌دهد: سوزن کمتر از $\frac{۱}{۸}$ اینچ وارد شده است. این مورد را برطبق مقررات مؤسسه گزارش نمایید و پزشک را مطلع سازید. پرستار جهت تکرار تزریق، نیاز به دستور مجدد دارد.
- سوزن قبل از تزریق وارد دست پرستار می‌شود: سوزن و سرنگ را به طور مناسب دور بریزید. سرنگ محتوی داروی دیگری آماده کنید و سپس تزریق را انجام دهید. مقررات مؤسسه را در ارتباط با فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن، پی‌گیری نمایید و برگهٔ مخصوص در مورد این اتفاق را کامل کنید.
- سوزن بعد از انجام تزریق وارد دست پرستار می‌شود: سوزن و سرنگ را به طور مناسبی دور بریزید. مقررات مؤسسه را در ارتباط با فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن، پی‌گیری نمایید و برگهٔ مخصوص در مورد این اتفاق را کامل کنید.

ملاحظات خاص

- بررسی مداوم مهمترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک شدید، در دادن دُز بیشتر دارو دست نگه دارید و مراقبت‌دهندگان بهداشتی اولیه بیمار را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر براساس نوع واکنش و ارزیابی بیمار باشد.
- از آنجایی که سوزن فقط وارد قسمت درم بافت می‌شود، یعنی جایی که عروق خونی بزرگ وجود ندارد، نیازی به آسپیره کردن (به عقب کشیدن پیستون) جهت تزریق داخل جلدی نیست.
- برخی مراکز درمانی پیشنهاد می‌کنند که تزریق داخل جلدی با بریدگی اریب سوزن به طرف پایین انجام می‌شود (برخلاف جهتی که قبلاً گفته شد). مقررات مؤسسه را چک کنید.

روش کار ۶-۴ اجراء تزریق زیرجلدی

نکات قابل توجه

انجام تزریق زیرجلدی فقط توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دارو
- پنبه الکل
- گاز چهارگوش کوچک
- دستکش یک بار مصرف غیرلاتکس
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌گردد (MAR).
- سرنگ و سوزن استریل اندازه آن بستگی به داروی تجویز شده و بیمار دارد (بحث قبلی را مشاهده کنید).
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار بر طبق مقررات مؤسسه مطابقت دهید. هرگونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل نمایید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید.
۲ - از تأثیر دارو، ملاحظات خاص پرستاری، میزان دُز مطمئن دارو، هدف از تجویز و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل نمایید. به مناسب بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این دانش به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو در رابطه با مشکلات بیمار را ارزیابی کند، و بتواند به بیمار در مورد داروهایش آموزش بدهد.
۳ - دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ - ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.
۵ - ترالی یا قفسه دارو را باز کنید کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را در صورت لزوم اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت‌های دارو می‌باشند تا در هنگام عدم استفاده قفل شوند. با واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهید که تنها مصرف‌کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کنندهٔ مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.
۶ - داروی هر بیمار را در یک زمان تهیه کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.
۷ - کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.

کار

۸ – برچسب دارو را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام بدهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.

دلیل

این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.

۹ – در صورت لزوم، داروها را از آمپول یا ویال بکشید طبق روش کار ۲-۴ و ۳-۴.

۱۰ – هنگامی که همهٔ داروهای یک بیمار را آماده کردید، قبل از دادن آنها به بیمار، برچسب داروها را با کاردکس دارویی مطابقت دهید.

این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن گردید و از بروز خطا پیشگیری شود. بسیاری از مؤسسات توصیه می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تختِ بیمار انجام گیرد، یعنی پس از شناسایی بیمار و پیش از تجویز دارو.

۱۱ – قبل از ترک محل قفسه دارویی یا ترالی دارویی را قفل کنید.

قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.

۱۲ – با دقت داروها را در کنار تخت بیمار ببرید و آن را در تمام لحظات جلوی چشمانتان نگه دارید.

دقت در حمل و زیر نظر داشتن داروها از بی‌نظمی‌های اتفاقی و یا سهوی آنها پیشگیری می‌کند.

۱۳ – دقت نمایید که بیمار به موقع، داروهایش را مصرف می‌کند.

مقررات مرکز درمانی را کنترل نمایید. ممکن است به شما اجازه دهد که نیم ساعت قبل یا نیم ساعت بعد از زمان مشخص شده دارو را به بیمار بدهید.

۱۴ – دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.

شستن دست‌ها و PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت تعیین می‌شود.

۱۵ – بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار با استفاده از دو روش شناسایی می‌شود. مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.

با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود. شماره اتاق بیمار و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد. اگر دستبند هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.

الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت کنترل کنید.

ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.

ج) تاریخ تولد بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت کنترل کنید.

د) از بیمار بخواهید که نام و تاریخ تولد دقیق خود را بگوید.

این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد، اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.

۱۶ – در اتاق را ببندید یا پردهٔ کنار تخت را بکشید.

سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود.

کار

۱۷ - قبل از اجرای دستورات دارویی، بیمار را به طور کامل مورد بررسی قرار دهید. دستبند آلرژی وی را کنترل کنید یا از بیمار در رابطه با آلرژی‌هایش سؤال نمایید. هدف از دارودادن را برای او شرح دهید و سپس عملیات دارو دادن را اجرا نمایید.

دلیل

پیش‌شرط تجویز داروها را بررسی کنید. توضیح دادن به بیمار روش منطقی است و سبب افزایش آگاهی و کاهش اضطراب وی می‌شود.

۱۸ - بارکد شناسایی بیمار را در صورت لزوم بر روی دستبند وی اسکن نمایید. (شکل ۱)

سبب کنترل بیشتر بیمار می‌شود و مطمئن می‌گردید که داروها به طور صحیح به بیمار داده می‌شود.



شکل ۱. اسکن کردن بارکد روی دستبند بیمار.



شکل ۲. تمیزکردن محل تزریق.

۱۹ - براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.

این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن گردید و از بروز خطا پیشگیری شود. بسیاری از مؤسسات توصیه می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تخت بیمار انجام گیرد یعنی پس از شناسایی بیمار و پیش از تجویز دارو

۲۰ - دستکش تمیز بپوشید.

دستکش‌ها از قرارگرفتن در معرض آلودگی جلوگیری می‌کنند.

۲۱ - محل مناسب جهت تزریق را انتخاب نمایید.

مناسب‌بودن محل تزریق سبب پیشگیری از صدمه پوستی می‌شود و فرد می‌تواند نتایج تست‌های انجام شده را در زمان‌های مناسب بخواند.

۲۲ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت مناسب جهت تزریق قرار بگیرد. او را بپوشانید به طوری که فقط ناحیه مورد استفاده برای تزریق در معرض دید باشد.

پوشاندن بیمار کمک می‌کند تا خلوت وی حفظ شود. محل مناسب از صدمه پیشگیری می‌کند.

۲۳ - راهنمای مناسبی برای محل انتخابی تزریق مشخص کنید.

مشاهده دقیق جهت تعیین محل صحیح تزریق و اجتناب از صدمه بافتی لازم است.

۲۴ - ناحیه اطراف محل تزریق را با پنبه الکل تمیز کنید. از حرکات چرخشی و محکم استفاده نمایید در حالی که از داخل به خارج محل تزریق حرکت می‌کنید (شکل ۲). منتظر بمانید تا محلول ضد عفونی‌کننده خشک بشود.

عوامل میکروبی بر روی پوست می‌تواند توسط سوزن وارد بافت شود. مالش محکم و چرخشی به تمیزشدن پوست کمک می‌کند. منتظر ماندن برای خشک‌شدن پوست از ورود الکل به داخل بافت جلوگیری می‌کند. الکل سبب سوزش و تحریک بافت می‌شود.



شکل ۳. جمع‌کردن بافت اطراف محل تزریق.



شکل ۴. واردکردن سوزن

کار

۲۵ – با دست غیرغالب، درپوش سوزن را با کشیدن به طور مستقیم به عقب خارج نمایید.

۲۶ – اطراف محل تزریق را بین انگشتان دست خود گرفته، آن را جمع کنید و یا پوست این ناحیه را بکشید. (شکل ۳)

۲۷ – سرنگ را در دست غالب خود بین انگشت شست و انگشت اشاره نگه دارید. سریعاً سوزن را با زاویه ۴۵ تا ۹۰ درجه وارد پوست کنید (شکل ۴).

۲۸ – بعد از اینکه سوزن سرجای خود قرار گرفت، بافت را رها کنید. اگر شما پوست سفت و چروک خورده دارید مطمئن شوید که سوزن در جایی که پوست شل است قرار می‌گیرد. سریعاً دست غیرغالب خود را جهت محکم گرفتن انتهای پایینی سرنگ حرکت دهید. دست غالب خود را به سمت بالای بدنه سرنگ ببرید. از حرکت دادن سرنگ اجتناب کنید.

دلیل

درپوش، سوزن را از تماس با میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌نماید. این تکنیک خطر فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن پرستار را به حداقل می‌رساند.

این کار سبب آسان‌تر فرورفتن سوزن به داخل بافت زیرجلدی و کاهش درد بیمار می‌شود. تصمیم اینکه بافت را در محل تزریق بکشید یا جمع کنید بستگی به جثهٔ بیمار دارد. اگر بیمار لاغر است و از سوزن بلندی استفاده می‌شود، باید پوست را جمع کنید تا چین پوستی ایجاد شود. تا بافت چربی را از بافت ماهیچه‌ای زیر جدا کنید. هنگامی که پوست را جمع می‌کنید، با فرو کردن سوزن، پوست را رها کنید تا از تزریق در بافت متراکم جلوگیری شود. در صورتی که پوست کشیده شود سبب سهولت ورود و درد کمتر هنگام ورود به بافت زیرجلدی می‌شود.

واردکردن سریع سوزن سبب کاهش درد بیمار می‌شود. در افرادی که مایعات کافی دریافت می‌کنند و خوب تغذیه شده‌اند بافت زیرجلدی حجیم و در اشخاصی که لاغر هستند و بدنشان کم آب است این بافت نازک می‌باشد. برای افراد لاغر بهتر است که سوزن را با زاویه ۴۵ درجه وارد کنید.

تزریق دارو داخل یک بافت تحت فشار باعث ایجاد فشار بر روی رشته‌های عصبی و ایجاد ناراحتی بیمار می‌شود. در صورت وجود چین‌خوردگی‌های بزرگ پوستی، پوست ممکن است از ناحیه فرورفتن سوزن دور شود. با دست غیرغالب سرنگ را محکم نگهدارید و بگذارید آسپیره‌کردن به راحتی انجام شود.



شکل ۵. فشاردادن محل تزریق.

کار	دلیل
۲۹ – محلول را به آهستگی تزریق کنید (با سرعت یک میلی‌لیتر در عرض ۱۰ ثانیه)	تزریق سریع محلول باعث ایجاد فشار در بافت و در نتیجه ناراحتی بیمار می‌شود.
۳۰ – سوزن را به سرعت با همان زاویه‌ای که وارد کرده بودید، خارج سازید، در حالی که بافت اطراف را با دست غیرغالب خود حمایت می‌کنید.	بیرون کشیدن آهسته سوزن باعث کشیده‌شدن بافت و ایجاد ناراحتی بیمار می‌شود. با جمع‌کردن پوست اطراف محل تزریق از کشیده‌شدن بافت هنگام خارج‌کردن سوزن جلوگیری می‌شود. خارج‌کردن سوزن با همان زاویه‌ای که وارد شده است باعث به حداقل رساندن آسیب و ناراحتی بیمار می‌شود.
۳۱ – محل تزریق را با استفاده از یک گاز چهارگوش پس از کشیدن سوزن به طور ملایم فشار دهید (شکل ۵). محل تزریق را ماساژ ندهید.	ماساژ دادن محل تزریق لازم نیست و سبب صدمه به بافت زیرین می‌شود و جذب دارو را افزایش می‌دهد. ماساژ محل تزریق هپارین باعث ایجاد کبودی بیشتر می‌گردد. ماساژ دادن بعد از تزریق انسولین ممکن است سبب جذب غیرقابل پیش‌بینی دارو شود.
۳۲ – بر روی سوزن استفاده شده درپوش قرار ندهید. از پوشش‌های مطمئن و محافظ سوزن در صورت لزوم استفاده کنید. سرنگ و سوزن را در ظرف مناسبی دور بیندازید.	با دورانداختن مناسب سوزن از بروز صدمه پیشگیری می‌شود. درپوش مطمئن یا محافظ سوزن از صدمه‌ی سوزن پیشگیری می‌کند.
۳۳ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار بگیرد.	این کار باعث ایجاد آرامش بیمار می‌شود.
۳۴ – دستکش‌ها و PPEهای اضافی را در صورت استفاده درآورید و دست‌ها را بشوئید.	درآوردن مناسب PPE، ریسک انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۳۵ – بلافاصله پس از تجویز دارو، آن را ثبت نمایید.	ثبت به موقع این اطلاعات سبب اطمینان حاصل کردن از امنیت بیمار می‌گردد.

کار	دلیل
۳۶ – واکنش بیمار به دارو را در فواصل زمانی معین ارزیابی کنید.	تأثیر دارو ارزیابی می‌شود و عوارض جانبی دارو سریعاً مشخص می‌گردد.

ثبت

راهنمایی ها

تجویز هر دارو در CMAR/MAR با استفاده از شکل مورد استفاده را بلافاصله پس از تجویز ثبت کنید، که شامل تاریخ و زمان تجویز است. در صورتیکه از سیستم بارکد استفاده می‌شود، تجویز دارو هنگام اسکن به طور اتوماتیک ثبت می‌شود. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی تجویز دارو جلوگیری می‌کند. در صورتیکه داروی حذف و یا پرهیز شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو، ثبت کنید و پزشک را مطلع سازید. این کار موجب می‌شود که حذف داروی تجویزی اصلاح و اطمینان حاصل می‌شود که پزشک از شرایط بیمار آگاه است.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- هنگامی که پوست از حالت جمع‌شدگی آزاد شود، سوزن از پوست خارج می‌شود: سوزن را خارج کنید و در ظرف زبالهٔ مناسبی دور بریزید. سوزن جدیدی را به سرنگ وصل کنید و تزریق را انجام دهید.
- بیمار به پرستار اجازه نمی‌دهد که دارو را در محل‌های مختلف بدن تزریق کند: برای بیمار منطقی‌بودن تغییر محل‌های تزریق را توضیح دهید. در مورد محل‌های تزریق موجود با بیمار صحبت کنید. اگر بیمار هنوز هم اجازهٔ تزریق در محل‌های دیگر را نداد، دارو را به او تزریق کنید. امتناع بیمار و مشاوره با او را ثبت کنید و به پزشک اطلاع دهید.
- سوزن قبل از تزریق وارد دست پرستار می‌شود: سوزن و سرنگ را به طور مناسب دور بریزید. از سرنگ دیگری استفاده کنید و سپس تزریق را انجام دهید. مقررات مؤسسه در ارتباط با فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن را پی‌گیری نمایید و برگه مخصوص در مورد این اتفاق را کامل کنید.
- سوزن بعد از انجام تزریق وارد دست پرستار می‌شود: سوزن و سرنگ را به طور مناسبی دور بریزید. مقررات مؤسسه را در ارتباط با فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن، پی‌گیری نمایید و برگهٔ مخصوص در مورد این اتفاق را کامل کنید.
- در هنگام تزریق قبل از این که دارو کاملاً وارد شود، سوزن از بدن بیمار خارج می‌شود: فوراً سوزن را خارج کرده و در ظرف مناسبی دور بریزید. سوزن جدیدی به سرنگ وصل کنید و باقیماندهٔ دارو را در محلی دیگر تزریق نمایید. موضوع و مداخلات را براساس مقررات مؤسسه گزارش نمایید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- بررسی مداوم مهم‌ترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک شدید، در دادن دُز بیشتر دارو دست نگه دارید، و مراقبت‌دهندگان بهداشتی اولیه را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر براساس نوع واکنش و ارزیابی بیمار باشد.
- به بخش تجهیزات و تکنیک‌های خاص دارو مراجعه نمایید. در آنجا راه کارهای مهمی در ارتباط با تجویز زیرجلدی هپارین و فرآورده‌های هپارین با وزن مولکولی پایین از قبیل انوکساپارین (Lovenox) آمده است.

ملاحظات مربوط به نوزادان وکودکان

- به کودک نگویید که انجام تزریق به وی آسیبی نمی‌رساند برای او توضیح دهید که تزریق مانند نیشگون یا نیش‌زدن می‌ماند. کودکانی که نسبت به شما بی‌اعتماد شوند احتمالاً در مراحل بعدی کمتر همکاری می‌کنند.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- بسیاری از بیماران مسن دارای بافت چربی کمتری هستند، بنابراین طول سوزن و زاویه ورود را براساس حجم چربی تنظیم کنید. شما نباید به جای تزریق داخل عضلانی، تزریق زیرجلدی انجام دهید.

ملاحظات مراقبت در منزل

- استفاده مجدد از سرنگ‌ها در خانه توصیه نمی‌شود.
- چون میزان جذب از یک جابه‌جایی دیگر بسیار متفاوت می‌باشد توصیه می‌گردد که بیماران انسولین خود را در یک ناحیه مشخصی هر روز به صورت چرخشی تزریق نمایند تا در مورد جذب یکنواخت اطمینان بیشتری حاصل گردد.
- تغییر سرنگ‌های انسولین و استفاده از سرنگ‌های کوتاهتر، باریکتر، تیزتر و صیقلی‌تر موجب تزریق بدون درد می‌شود. در نتیجه پس از یک تزریق ممکن است نوک سوزن خم شده و به صورت چنگک در آید و چنانچه مجدداً استفاده شود بافت را پاره می‌کند. همچنین احتمال دارد سوزن ظریف شکسته و در پوست باقی بماند و به علت از بین رفتن سطح صیقلی سر سوزن درد بیشتری ایجاد شود.
- بیمار را تشویق کنید که با استفاده از راهنمایی‌های مؤسسات دولتی محل زندگی خود با نحوهٔ دفع زباله‌های تیز و آلوده آشنا شود و یاد بگیرد سر سوزن و سرنگ‌ها را در یک ظرف محکم و پلاستیکی نگه‌داری کند، ظرف محلول‌های پاک کننده یا نرم کنندهٔ مواد پارچه‌ای گزینه مناسبی است. هرگز از ظروف شیشه‌ای استفاده نکنید.

روش کار ۷-٤ اجراء تزریق عضلانی

نکات قابل توجه

تزریق عضلانی فقط توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دارو
- پنبه الکل
- گاز چهار گوش کوچک
- دستکش
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌گردد (MAR).
- سرنگ و سوزن استریل (اندازهٔ آن بستگی به داروی تجویز شده و بیمار دارد).
- وسایل محافظتی شخصی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار بر طبق مقررات مؤسسه مطابقت دهید. هر گونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل نمایید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید.
۲ – از تأثیر دارو، ملاحظات خاص پرستاری، میزان دُز مطمئن دارو، هدف از تجویز و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل نمایید. به مناسب‌بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این دانش به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو در رابطه با مشکلات بیمار را ارزیابی کند، و بتواند به بیمار در مورد داروهایش آموزش بدهد.
۳ – دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ – ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.
۵ – ترالی یا قفسه دارو را باز کنید کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را در صورت لزوم اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت‌های دارو می‌باشند تا در هنگام عدم استفاده قفل شوند. با واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه دهید که تنها مصرف‌کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کنندهٔ مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.
۶ – داروی هر بیمار را در یک زمان تهیه کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.

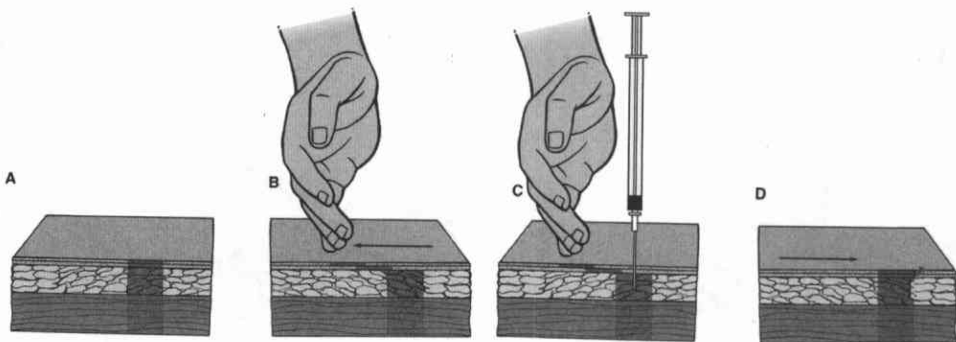
کار	دلیل
۷ - کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.
۸ - برچسب دارو را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام بدهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.	این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.
۹ - در صورت لزوم، داروها را از آمپول یا ویال بکشید طبق روش کار ۲-۴ و ۳-۴.	
۱۰ - براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.	این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن گردید و از بروز خطا پیشگیری می‌شود. توجه: بسیاری از مؤسسات عقیده دارند که سومین مرحله کنترل باید در بالین بیمار، بعد از شناسایی وی و قبل از تجویز دارو انجام شود.
۱۱ - قبل از ترک محل قفسه دارویی یا ترالی دارویی را قفل کنید.	قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.
۱۲ - با دقت داروها را در کنار تخت بیمار ببرید و آن را در تمام لحظات جلوی چشمانتان نگه دارید.	دقت در حمل و زیر نظر داشتن داروها از بی‌نظمی‌های اتفاقی و یا سهوی آنها پیشگیری می‌کند.
۱۳ - دقت نمایید که بیمار به موقع، داروهایش را مصرف می‌کند.	مقررات مرکز درمانی را کنترل نمایید. ممکن است به شما اجازه دهد که نیم ساعت قبل یا نیم ساعت بعد از زمان مشخص شده دارو را به بیمار بدهید.
۱۴ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده کنید.	رعایت بهداشت دست‌ها و PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری انتخاب می‌شود.
۱۵ - بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار باید با استفاده از دو روش شناسایی می‌شود. مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود. شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد. اگر دستبند تشخیص هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.
الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
ج) تاریخ تولد بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت کنترل کنید.	
د) از بیمار بخواهید که نام و تاریخ تولد خود را بگوید.	این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد. اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.

کار	دلیل
۱۶ – در اتاق را ببندید یا پردهٔ کنار تخت را بکشید.	سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود.
۱۷ – قبل از اجرای دستورات دارویی، بیمار را به طور کامل مورد بررسی قرار دهید. دستبند آلرژی وی را کنترل کنید یا از بیمار در رابطه با آلرژی‌هایش سؤال نمایید. هدف از دارو دادن را برای او شرح دهید و سپس عملیات دارودادن را اجرا نمایید.	پیش‌شرط تجویز داروها را بررسی کنید. توضیح دادن به بیمار روش منطقی است و سبب افزایش آگاهی و کاهش اضطراب وی می‌شود.
۱۸ – بارکد شناسایی بیمار را در صورت لزوم بر روی دستبند وی اسکن نمایید (شکل ۱).	سبب کنترل بیشتر بیمار می‌شود و مطمئن می‌گردید که داروها به طور صحیح به بیمار داده می‌شود.



شکل ۱. اسکن بارکد مشخصات بیمار را از روی دستبند

کار	دلیل
۱۹ – براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر دستورات دارویی کنترل کنید.	بسیاری از مؤسسات توصیه کردند سومین کنترل در کنار تخت بیمار یعنی پس از شناسایی بیمار و پیش از تجویز دارو انجام شود تا از بروز خطا پیشگیری شود.
۲۰ – دستکش تمیز بپوشید.	دستکش‌ها از قرارگرفتن در معرض آلودگی جلوگیری می‌کنند.
۲۱ – محل مناسب جهت تزریق را انتخاب نمایید.	انتخاب یک محل مناسب از صدمات جلوگیری می‌کند.
۲۲ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت مناسب جهت تزریق قرار بگیرد. او را بپوشانید به طوری که فقط ناحیه مورد استفاده برای تزریق در معرض دید باشد.	پوشاندن بیمار کمک می‌کند تا خلوت وی حفظ شود. انتخاب محل تزریق مناسب از صدمه پیشگیری می‌کند.
۲۳ – راهنمای مناسبی برای محل انتخابی تزریق مشخص کنید.	مشاهده دقیق جهت تعیین محل صحیح‌تر و اجتناب از صدمه بافتی لازم است.
۲۴ – ناحیه اطراف محل تزریق را با پنبه الکل تمیز کنید. از حرکات چرخشی و محکم استفاده نمایید در حالی که از داخل به خارج محل تزریق حرکت می‌کنید، منتظر بمانید تا محلول ضد عفونی‌کننده خشک بشود.	عوامل میکروبی روی پوست می‌تواند توسط سوزن وارد بافت بشود. مالش محکم و چرخشی به تمیزشدن پوست کمک می‌کند. منتظر ماندن برای خشک‌شدن پوست از ورود الکل به داخل بافت جلوگیری می‌کند. الکل سبب سوزش و تحریک بافت می‌شود.



شکل ۲. تکنیک یا روش زیگزاک (به روش Z). جهت تزریق‌های درون عضلانی توصیه می‌گردد. شکل الف ـ پوست و بافت‌های طبیعی. شکل ب ـ حرکت دادن پوست به یک سمت. شکل ج ـ سوزن با یک زاویه ۹۰ درجه وارد می‌شود. د ـ خارج کردن سریع سر سوزن به نحوی که اجازه بازگشت بافت به حالت طبیعی خود را می‌دهد و از خروج مایع از بافت عضلانی جلوگیری می‌گردد.

کار

۲۵ - سرنگ را در دست غالب خود بین انگشت شست و انگشت اشاره نگه دارید. درپوش سوزن را با کشیدن به طور مستقیم به عقب خارج نمایید.

دلیل: این تکنیک خطر فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن پرستار را به حداقل می‌رساند و همچنین از جداشدن سوزن از سرنگ جلوگیری می‌کند.

۲۶ - پوست را با روش Z جابجا کنید یا با دست غیرغالب‌تان پوست را در حدود ۲/۵ سانتی‌متر یا ۱ اینچ بکشید. پوست و بافت را در این وضعیت نگه دارید (شکل ۲).

دلیل: روش Z برای تمامی تزریقات عضلانی توصیه می‌شود زیرا این روش مانع بازگشت دارو به مجرای ایجاد شده توسط سر سوزن یا به بافت زیرجلدی می‌گردد. این روش همچنین موجب کاهش درد می‌شود. در بیماران مسن‌تر که عضلات تحلیل رفته دارند در مورد بعضی داروها مانند آهن حتماً با این روش تزریق شود زیرا این داروها در محل تزریق ایجاد تغییر رنگ می‌کنند.

۲۷ - سوزن را سریعاً به روش دارت (پرتاب، نیزه) به طوری که عمود بر بدن بیمار باشد به داخل بافت وارد نمایید (شکل ۳). با این کار مطمئن می‌شوید که برای تزریق از زاویه ۷۲ تا ۹۰ درجه استفاده کرده‌اید.

دلیل: تزریق سریع کمتر دردناک است. فروبردن سوزن با زاویه ۷۲ تا ۹۰ درجه ورود سوزن به داخل بافت عضلانی را تسهیل می‌نماید.

۲۸ - به محض اینکه سوزن در جای خود قرار گرفت با استفاده از دست غیرغالب انتهای پایینی سرنگ را نگه دارید. دست غالب خود را بالای بدنه سرنگ قرار بدهید و محلول را به آرامی تزریق کنید (هر یک میلی‌لیتر در ۱۰ ثانیه).

دلیل: حرکت کردن سرنگ می‌تواند سبب صدمه به بافت شود و موجب تزریق در محلی غیرصحیح گردد. تزریق سریع مایع ایجاد فشار در بافت می‌کند در نتیجه بیمار ناراحت می‌شود. بنا به توصیه بعضی از مراجع ذیصلاح آسپیراسیون برای تزریق عضلانی لازم نیست بعضی کتاب‌ها پیشنهاد می‌کنند آسپیراسیون در مورد داروهای با مولکول‌های بزرگ مانند پنی‌سیلین انجام شود در هر صورت از پزشک بیمار اجازه بگیرید و به توصیه‌های کارخانه سازنده دارو توجه کنید.



شکل ۳. واردکردن سوزن به داخل بافت به روش دارت.



شکل ۴. فشار دادن محل تزریق.

کار	دلیل
۲۹ – در صورتی که دارو به آرامی تزریق شد ۱۰ ثانیه صبر کنید، سپس سوزن را بیرون بکشید.	سبب انتشار دارو به بافت‌های عضلانی اطراف می‌شود.
۳۰ – سوزن را به آرامی در همان زاویه‌ای که وارد کرده‌اید خارج کنید. بافت اطراف محل تزریق را با دست غیرغالب خود نگه دارید.	آهسته خارج‌کردن سوزن، موجب کشیده‌شدن بافت و ایجاد ناراحتی می‌شود. ایجاد انقباض در اطراف محل تزریق، از کشیده شدن بافت هنگام خروج سوزن جلوگیری می‌کند. خارج کردن سوزن در همان زاویه‌ای که وارد شده است، آسیب به بافت و ناراحتی برای بیمار را به حداقل می‌رساند.
۳۱ – محل تزریق را به آرامی با یک گاز چهارگوش کوچک و خشک فشار دهید (شکل ۴). ناحیه تزریق را ماساژ ندهید.	فشار ملایم باعث صدمه و تحریک بافتی کمتری می‌شود. ماساژ دادن می‌تواند سبب شدت بخشیدن به حرکت دارو در بافت زیرجلدی شود.
۳۲ – بر روی سوزن استفاده شده مجدداً درپوش نگذارید. سوزن سرنگ را در ظرف مناسب دور بیاندازید.	دورانداختن مناسب سوزن از صدمات جلوگیری می‌کند.
۳۳ – کمک کنید تا بیمار در وضعیت راحتی قرار بگیرد.	این کار راحتی بیمار را فراهم می‌کند.
۳۴ – دستکش‌ها را خارج کنید و به طور مناسبی آن‌ها را دور بریزید، دست‌هایتان را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. دور ریختن مناسب PPE ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد.
۳۵ – بلافاصله بعد از تزریق دارو، آن را ثبت نمایید.	ثبت به موقع اقدامات، امنیت بیمار را تضمین می‌کند.
۳۶ – واکنش بیمار به دارو را در فواصل زمانی مناسب ارزیابی کنید. در صورت امکان ۲ تا ۴ ساعت بعد از تزریق، محل تزریق را بررسی نمایید.	تأثیر دارو را ارزیابی می‌کند و عوارض جانبی را تشخیص می‌دهد. احتمال ایجاد واکنش دارویی در روش تزریقی وجود دارد. محل تزریق را از نظر اثرات نامطلوب بررسی نمایید.

ثبت

راهنمایی‌ها

تجویز هر دارو در CMAR/MAR با استفاده از شکل مورد استفاده را بلافاصله پس از تجویز ثبت کنید، که شامل تاریخ و زمان

تجویز است. در صورتیکه از سیستم بارکد استفاده می‌شود، تجویز دارو هنگام اسکن به طور اتوماتیک ثبت می‌شود. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی تجویز دارو جلوگیری می‌کند.
در صورتیکه دارو حذف و یا پرهیز شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو، ثبت کنید و پزشک را مطلع سازید. این کار موجب می‌شود که حذف داروی تجویزی اصلاح و اطمینان حاصل شود که پزشک از شرایط بیمار آگاه است.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- سوزن قبل از تزریق وارد دست پرستار می‌شود: سوزن و سرنگ را به طور مناسب دور بریزید. سرنگ محتوی داروی دیگری آماده کنید و سپس تزریق را انجام دهید. مقررات مؤسسه را در ارتباط با فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن را پی‌گیری نمایید و برگه مخصوص در مورد این اتفاق را کامل کنید.
- سوزن بعد از انجام تزریق وارد دست پرستار می‌شود: سوزن و سرنگ را به طور مناسبی دور بریزید. مقررات مؤسسه را در ارتباط با فرورفتن اتفاقی سوزن به بدن پی‌گیری نمایید و برگهٔ مخصوص در مورد این اتفاق را کامل کنید.
- در هنگام تزریق قبل از اینکه دارو کاملاً وارد شود، سوزن از بدن بیمار خارج می‌شود: فوراً سوزن را خارج کرده و در ظرف مناسبی دور بریزید. سوزن جدیدی به سرنگ وصل کنید و باقیماندهٔ دارو را در محلی دیگر تزریق نمایید. موضوع و مداخلات را براساس مقررات مؤسسه گزارش نمایید.
- در حین واردکردن سوزن به داخل عضله، سوزن به استخوان بیمار برخورد می‌کند: سوزن را درآورده و دور بیاندازید. سوزن دیگری را به سرنگ متصل نموده و در محل دیگری تزریق نمایید. این حادثه را در دفتر ثبت پزشکی بیمار وارد نمایید. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه را باخبر نمایید. فرم‌های مربوط به حوادث خاص را با توجه به مقررات مؤسسه پر نمایید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- بررسی مداوم مهمترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک شدید، در دادن دُز بیشتر دارو دست نگه دارید و را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر باید براساس نوع واکنش و ارزیابی بیماری باشد.

ملاحظات مربوط برای نوزادان وکودکان

- عضله وستوس لترالیس بهترین محل برای تزریق داخل عضلانی در نوزادان می‌باشد.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- با افزایش سن حجم عضله کاهش می‌یابد، مراقب باشید تا حجم عضله بیمار و ساختار بدن وی را ارزیابی کنید. از سوزن با طول و درجه مناسب براساس ساختار بدن بیمار استفاده کنید. محل تزریق مناسب براساس ساختار بدن بیمار انتخاب کنید.

ملاحظات مراقبت در منزل

- بیمار را تشویق کنید که با مؤسسات دولتی محلی در مورد آلودگی و نحوهٔ دور انداختن نوک سوزن مشاوره نماید. سرنگ و سوزن‌ها می‌بایست در یک ظرف محکم و پلاستیکی دور انداخته شود. ظرف‌های حاوی ضد عفونی‌کننده مایع، یا نرم‌کنندهٔ مواد پارچه‌ای انتخاب خوبی هستند. ظروف شیشه‌ای نباید مورد استفاده قرار بگیرند.
- استفاده مجدد از سرنگ در منزل توصیه نمی‌شود.

روش کار ۸-۴ تزریق دارو به وسیلهٔ بولوس وریدی یا با فشار واردنمودن آن از طریق ست تزریق وریدی

نکات قابل توجه

تزریق دارو به روش بولوس وریدی باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- پنبه الکل
- ساعت مچی با عقربه ثانیه شمار یا ساعت تایمردار
- دستکش یک بار مصرف
- داروی آماده شده در یک سرنگ با سوزن شماره ۲۳ تا ۲۵ و طول ۱ اینچ (۲/۵ سانتی‌متر) یا وسیلهٔ بدون سوزن (در صورتی که سیستم بدون سوزن استفاده می‌شود).
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌شود (MAR)
- در موارد لزوم، اضافه کردن PPE
- تجویز دارو
- در موارد لزوم پمپ سرنگ

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار برطبق مقررات مؤسسه مطابقت دهید. هرگونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و هرگونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل نمایید. کاردکس دارویی را کنترل نمایید تا داروهایی را که نیاز به رقیق‌شدن قبل از تزریق دارند مشخص شوند. سرعت تزریق را نیز تنظیم کنید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید. سازگاری دارو و مایعات از بروز عوارض پیشگیری می‌کند. دوز صحیحی از داروی تجویزی را بدهید.
۲ - از تأثیر دارو، ملاحظات خاص پرستاری، میزان دُز مطمئن دارو، هدف از تجویز و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل نمایید. به مناسب بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این دانش به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو در رابطه با مشکلات بیمار را ارزیابی کند، و بتواند به بیمار در مورد داروهایش آموزش بدهد.
۳ - دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ - ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.

کار / دلیل

۵ - ترالی یا قفسه دارو را باز کنید. کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را در صورت لزوم اسکن کنید.

بستن ترالی یا قفسه دارو، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت‌های دارو می‌باشند تا در هنگام عدم استفاده قفل شوند. با واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهید که تنها مصرف‌کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کنندهٔ مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.

۶ - داروی هر بیمار را در یک زمان تهیه کنید.

این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.

۷ - کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.

این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.

۸ - برچسب دارو را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام بدهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.

این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.

۹ - در صورت لزوم، داروها را از آمپول یا ویال بکشید. طبق روش کار ۲-۴ و ۳-۴.

۱۰ - براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.

این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً اطمینان حاصل نموده و از بروز خطا پیشگیری شود. توجه: بیشتر مؤسسات عقیده دارند که سومین مرحله کنترل باید بر بالین بیمار، پس از شناسایی وی و پیش از تجویز دارو انجام گیرد.

۱۱ - قبل از ترک محل قفسه دارویی یا ترالی دارویی را قفل کنید.

قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.

۱۲ - با دقت داروها را در کنار تخت بیمار ببرید و آن را در تمام لحظات جلوی چشمانتان نگه دارید.

دقت در حمل و زیر نظر داشتن داروها از بی‌نظمی‌های اتفاقی و یا سهوی آنها پیشگیری می‌کند. در دسترس بودن وسایل موجب صرفه جویی در وقت و سهولت انجام کار می‌شود.

۱۳ - دقت نمایید که بیمار به موقع، داروهایش را مصرف کند.

مقررات مرکز درمانی را کنترل نمایید. ممکن است به شما اجازه دهد که نیم ساعت قبل یا نیم ساعت بعد از زمان مشخص شده دارو را به بیمار بدهید.

۱۴ - بهداشت دست‌ها را رعایت نموده و در صورت لزوم PPE بپوشید.

رعایت بهداشت دست‌ها و PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.

کار

۱۵ – بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار باید با استفاده از دو روش شناسایی می‌شود مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.

دلیل

با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود. شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد اگر دستبند تشخیص هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.

الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.

ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.

ج) تاریخ تولد بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.

د) از بیمار بخواهید که نام و تاریخ تولد دقیق خود را بگوید.

این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد. اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.

۱۶ – درب اتاق را ببندید یا پردهٔ کنار تخت را بکشید.

سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود.

۱۷ – قبل از اجرای دستورات دارویی، بیمار را به طور کامل مورد بررسی قرار دهید. دستبند آلرژی وی را کنترل کنید یا از بیمار در رابطه با حساسیت سؤال نمایید. هدف از دارو دادن را برای او شرح دهید و سپس عملیات دارو دادن را اجرا نمایید.

پیش‌شرط تجویز داروها را بررسی کنید. توضیح دادن به بیمار روش منطقی است و سبب افزایش آگاهی و کاهش اضطراب وی می‌شود.

۱۸ – بارکد شناسایی بیمار را در صورت لزوم بر روی دستبند وی اسکن نمایید (شکل ۱).

سبب کنترل بیشتر بیمار می‌شود و مطمئن می‌گردید که داروها به طور صحیح به بیمار داده می‌شود.

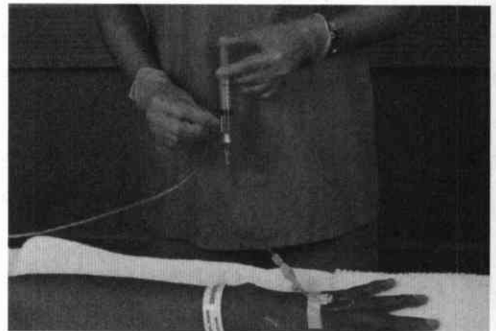


شکل ۱. اسکن بارکد مشخصات بیمار از روی دستبند

۱۹ – براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.

بسیاری از مؤسسات توصیه کردند سومین کنترل بر بالین بیمار انجام شود و کنترل سرم در هنگام تجویز دارو انجام شود تا از بروز خطا پیشگیری شود.

کار	دلیل
۲۰ - محل تزریق وریدی را از نظر التهاب یا ارتشاح وریدی ارزیابی نمایید.	جهت اطمینان از تجویز داروی وریدی، باید مستقیماً دارو به داخل ورید تزریق گردد.
۲۱ - چنانچه انفوزیون وریدی از طریق پمپ انفوزیون انجام می‌گیرد، پمپ را فشار دهید.	فشار دادن پمپ از انفوزیون مایع در حین تجویز یکباره دارو جلوگیری می‌کند و سبب فعال‌سازی پمپ هشداردهنده می‌شود.
۲۲ - دستکش تمیز بپوشید.	دستکش‌ها سبب پیشگیری از تماس دست با خون و مایعات بدن می‌شود.
۲۳ - محل تزریق را بر روی ستی که به محل ورود آنژیوکت نزدیکتر است انتخاب کنید. محل تزریق را با یک پنبه الکل تمیز کنید.	انتخاب نزدیکترین راه به محل ورود آنژیوکت از رقیق‌شدن دارو پیشگیری می‌کند. تمیزکردن با الکل از ورود میکروارگانیسم‌ها به محل تزریق هنگام واردکردن سوزن جلوگیری می‌کند.
۲۴ - درپوش سرنگ را بردارید. هنگام ورود وسیله بدون سوزن یا سوزن به داخل قسمت مرکزی راه دستیابی، با دست غیرغالب خود راه دستیابی را ثابت نگه دارید.	این کار باعث اطمینان از تزریق به راه دستیابی می‌گردد و خطر خارج‌شدن اتفاقی ست سرم یا ورود اشتباه سوزن به راه دستیابی را کاهش می‌دهد.
۲۵ - دست غیرغالب خود را به سمت ست سرم در قسمت پشت راه دستیابی تزریق بگذارید. تیوپ را بین انگشتان خود بگذارید.	این کار رقیق‌شدن داروی وریدی را با محلول سرم به حداقل می‌رساند.
۲۶ - پیستون را اندکی به عقب بکشید تا حدی که خون دست سرم مشاهده شود.	با این کار مطمئن شوید که دارو به داخل ورید تزریق می‌شود.
۲۷ - دارو را با سرعت تجویز شده تزریق کنید. ملاحظات خاص زیر را ببینید (شکل ۲).	با این کار مقدار صحیح دارو در فواصل زمانی مناسب طبق دستورالعمل کارخانه سازنده مصرف می‌شود.



شکل ۲. تزریق دارو هنگام قطع جریان سرم

کار	دلیل
۲۸ - ست را آزاد کنید. سرنگ را خارج کنید. از گذاشتن درپوش سر سوزن اجتناب نمایید. از یک پوشش محافظ در صورت امکان استفاده کنید. سرنگ و سوزن را در ظرف مناسبی دور بریزید. ست را رها کنید و بگذارید که محلول داخل وریدی به میزان مناسب جریان یابد.	دور انداختن مناسب سوزن از صدمات پیشگیری می‌کند.

کار	دلیل
۲۹ - سرعت تزریق مایع وریدی را تنظیم کنید در صورت لزوم پمپ تزریق را مجدداً روشن کنید.	چنانچه تزریق مایع وریدی توسط نیروی جاذبه انجام می‌شود، تزریق دارو ممکن است سرعت جریان یافتن محلول را تغییر دهد.
۳۰ - دستکش‌ها و PPE را درآورید و دست‌های خود را بشویید.	در آوردن مناسب PPE ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۳۱ - بلافاصله پس از تجویز دارو، آن را ثبت نمایید.	ثبت به موقع وقایع، به امنیت بیمار کمک می‌کند.
۳۲ - واکنش بیمار به تزریق را در یک چهارچوب زمانی مشخص ارزیابی کنید.	بیمار می‌بایست دقیقاً تحت نظر باشد زیرا داروهایی که به صورت یک باره از طریق ورید تزریق می‌شود دارای اثر سریع می‌باشد.

ثبت

راهنمایی‌ها

تجویز دارو بلافاصله پس از تجویز را ثبت کنید که شامل تاریخ، زمان، دوز، نحوه‌ی تجویز محل تجویز و سرعت تجویز است را در CMAR/MAR ثبت کنید یا از فورمت مورد نیاز استفاده کنید. در صورتیکه از سیستم بارکد استفاده می‌شود، تجویز دارو هنگام اسکن به طور اتوماتیک ثبت می‌شود. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی دارو جلوگیری می‌کند. در صورتیکه دارو حذف و یا پرهیز شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو، ثبت کنید و پزشک را مطلع سازید. این کار موجب می‌شود که حذف داروی تجویزی اصلاح و اطمینان حاصل شود که پزشک از شرایط بیمار آگاه است.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- پرستار در هنگام بررسی محل آنژیوکت، قبل از تزریق دارو، بازگشت خون را ضمن آسپیره کردن مشاهده نمی‌کند: چنانچه ورید بدون نشانه‌هایی از نشت مایع، به نظر باز می‌رسد و مایع وریدی بدون هیچ‌گونه مشکلی در جریان است، دارو را تزریق نمایید. نشانه و علایم نشت مایع را در حین و بعد از تزریق مشاهده نمایید.
- هنگام بررسی محل آنژیوکت، قبل از تزریق دارو، پرستار متوجه نشت مایع در محل آنژیوکت می‌شود: تزریق مایع وریدی را متوقف سازید و آنژیوکت را خارج کنید. آنژیوکت را مجدداً در محل دیگری قرار دهید. هنگام تزریق دارو، محل آنژیوکت جدید را به طور مداوم مورد بررسی قرار دهید.
- در حین تجویز دارو، پرستار متوجه کدری و وجود مواد سفیدرنگی در ست سرم می‌شود: جریان محلول وریدی و تزریق دارو را متوقف سازید. ست سرم را در نزدیکتر شدن محل به بیمار کلمپ کنید. ست سرم را تعویض کنید و مجدداً جریان محلول را برقرار سازید. در مورد سازگاری دارو با محلول وریدی با یک داروشناس مشورت کنید یا دستورالعمل دارو را بررسی نمایید.
- در حین تجویز دارو توسط پرستار، بیمار درد در محل آنژیوکت را گزارش می‌کند: دارودادن را متوقف سازید. محل آنژیوکت را از نظر علایم فلبیت و نشت مایع بررسی کنید. شما می‌توانید آنژیوکت را جهت کنترل بازبودن راه وریدی با نرمال سالین شستشو دهید. چنانچه محل آنژیوکت طبیعی به نظر می‌رسد، تزریق دارو را با سرعتی آهسته‌تر ادامه بدهید.

ملاحظات خاص

- مراکز درمانی مواردی به شرح زیر را در هنگام تزریق داخل وریدی به روش bolus توصیه می‌کنند.
  - پس از اینکه بخشی از دارو تزریق شد لولهٔ سرم خم شده را آزاد کنید تا حدی که به جریان یافتن دارو کمک کند.
  - جهت جریان یافتن محلول در لوله پس از تزریق یک باره دارو در ورید از یک سرنگ حاوی ۱ میلی‌لیتر محلول نمکی استفاده کنید تا اطمینان حاصل نمایید که داروی باقیمانده در لوله سرم خیلی سریع به بیمار تزریق نمی‌شود.
- به سرعت جریان محلول داخل وریدی توجه کنید تا تشخیص دهید آیا جریان محلول نمکی پس از تزریق دارو صحیح است یا خیر. اگر جریان کمتر از ۵۰mL در ساعت باشد رسیدن دارو به بیمار ۳۰ دقیقه طول می‌کشد. این امر به نوع ست سرمی که در مرکز درمانی استفاده می‌شود بستگی دارد.
- در صورتی که آنژیوکت کوچک است (با شماره ۲۲ تا ۲۴) ورید کوچک انتخاب شود. همچنین بیمار ممکن است از درد و ناراحتی ناحیه مربوطه در هنگام تزریق به دلیل تحریک ورید رنج ببرد. قراردادن یک کیسه آب گرم روی ورید و یا کاهش سرعت رها کردن ناراحتی را برطرف می‌نماید.
- چنانچه محلول وریدی و دارو ناسازگار هستند، ست سرم قبل و بعد از تزریق دارو با نرمال سالین شستشو داده شود. بهتر است با مسئولین مؤسسه مشورت نمایید.
- بررسی مداوم مهمترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک هستند دارو را قطع نمایید و مراقبت دهندگان اولیه بهداشتی را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر براساس نوع واکنش و ارزیابی بیمار باشد.

روش کار ۹-٤ تزریق داروهای وریدی به وسیله سیستم دو سرمی (piggyback)، ست تزریق کنترل حجم یا پمپ تزریقی کوچک

نکات قابل توجه

تزریق داروهای وریدی به وسیله سیستم دو سرمی باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- داروی آماده شده در شیشه یا کیسه کوچک
- پمپ تزریق وریدی
- پنبه الکل
- برچسب تاریخ‌دار برای ست سرم
- ست تزریق دوم (با قطرات ریز یا درشت)
- وسیله اتصال سوزن، ست سرم در صورت لزوم
- نوار چسب (اختیاری)
- قلاب فلزی یا پلاستیکی
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکس که توسط کامپیوتر ارائه می‌شود (MAR و CMAR)
- وسایل محافظت شخصی (PPE) در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار بر طبق مقررات مؤسسه مطابقت دهید. هرگونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل نمایید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید.
۲ - از تأثیر دارو، ملاحظات خاص پرستاری، میزان دُز مطمئن دارو، هدف از تجویز و عوارض جانبی داروی تجویز شده اطلاع حاصل نمایید. به مناسب بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این دانش به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو در رابطه با مشکلات بیمار را ارزیابی کند، و بتواند به بیمار در مورد داروهایش آموزش بدهد.
۳ - دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ - ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.
۵ - ترالی یا قفسه دارو را باز کنید کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را در صورت لزوم اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت‌های دارو می‌باشند تا در هنگام عدم استفاده قفل شوند. با واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهید که تنها مصرف‌کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کنندهٔ مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.

کار	دلیل
۶ - داروی هر بیمار را در یک زمان تهیه کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.
۷ - کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.
۸ - برچسب دارو را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام بدهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.	این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.
۹ - براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.	این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن شده و از بروز خطا پیشگیری شود. توجه: بیشتر مؤسسات عقیده دارند که مرحله سوم شناسایی بیمار باید بر بالین بیمار، پس از شناسایی وی و پیش از تجویز دارو انجام گیرد.
۱۰ - قبل از ترک محل قفسه دارویی یا ترالی دارویی را قفل کنید.	قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.
۱۱ - با دقت داروها را در کنار تخت بیمار ببرید و آن را در تمام لحظات جلوی چشمانتان نگه دارید.	دقت در حمل و زیر نظر داشتن داروها از بی‌نظمی‌های اتفاق و یا سهوی آنها پیشگیری می‌کند.
۱۲ - دقت نمایید که بیمار به موقع، داروهایش را مصرف می‌کند.	مقررات مرکز درمانی را کنترل نمایید. ممکن است به شما اجازه دهد که نیم ساعت قبل یا نیم ساعت بعد از زمان مشخص شده دارو را به بیمار بدهید.
۱۳ - بهداشت دست‌ها را رعایت نموده و در صورت لزوم از PPE استفاده کنید.	رعایت بهداشت دست‌ها و PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. نوع PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۱۴ - بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار باید با استفاده از دو روش شناسایی شود. مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطر جلوگیری می‌شود. شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد. اگر دستبند هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.
الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
ج) تاریخ تولد بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
د) از بیمار نام محل تولد و تاریخ تولد وی را سؤال کنید.	این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد، اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.
۱۵ - درب اتاق را ببندید یا پردهٔ کنار تخت را بکشید.	سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود.

کار

۱۶ – قبل از اجرای دستورات دارویی، بیمار را به طور کامل مورد بررسی قرار دهید. دستبند آلرژی وی را کنترل کنید یا از بیمار در رابطه با آلرژی‌هایش سؤال نمایید. هدف از دارو دادن را برای او شرح دهید و سپس عملیات دارو دادن را اجرا نمایید.

دلیل

پیش شرط تجویز داروها را بررسی کنید. توضیح دادن به بیمار روش منطقی است و سبب افزایش آگاهی و کاهش اضطراب وی می‌شود.

۱۷ – بارکد شناسایی بیمار را در صورت لزوم بر روی دستبند وی اسکن نمایید. (شکل ۱)

سبب کنترل بیشتر بیماری می‌شود و مطمئن می‌گردید که داروها به طور صحیح به بیمار داده می‌شود.

۱۸ – براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.

بسیاری از مؤسسات توصیه کردند سومین کنترل در کنار تخت بیمار بعد از شناسایی وی و پیش از تجویز دارو انجام گیرد تا از بروز خطا پیشگیری شود.

۱۹ – محل آنژیوکت را از نظر وجود التهاب یا نشت مایع بررسی کنید.

جهت اطمینان دارو می‌بایست مستقیماً به داخل وریدی که ملتهب نباشد تزریق می‌شود.

۲۰ – کلمپ روی لوله ست کوتاه دومی را ببندید. با استفاده از روش استریل، درپوش انتهایی ست سرم و درب روی ظرف دارویی را بردارید. مراقب باشید تا قسمت انتهایی آنها را آلوده نکنید.

بستن کلمپ از ورود مایع به درون سیستم جلوگیری می‌کند تا پرستار برای انجام کار آماده شود. استریل نگه داشتن ست سرم و درب ظرف محتوی دارو از ایجاد آلودگی جلوگیری می‌کند.

۲۱ – سرم را از طریق واردنمودن انتهای ست به داخل درب با فشاری محکم و حرکت مچ و ست به ظرف دارویی متصل کنید. مراقب باشید تا قسمت انتهایی آنها را آلوده نکنید.

استریل نگه داشتن ست سرم و راه ورودی ظرف محتوی دارو از ایجاد آلودگی جلوگیری می‌کند.

۲۲ – طبق توصیه کارخانه سازنده ظرف سرم دوم را بر روی پایه سرم آویزان کنید به طوری که بالاتر از ظرف سرم اولیه قرار گیرد (شکل ۲). جهت پایین آوردن ظرف سرم اولیه از یک قلاب پلاستیکی یا فلزی استفاده کنید.

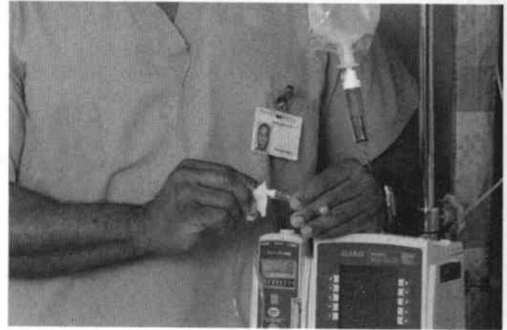
وضعیت قرارگرفتن ظرف؛ جریان محلول سرم وریدی به داخل ست اولیه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.



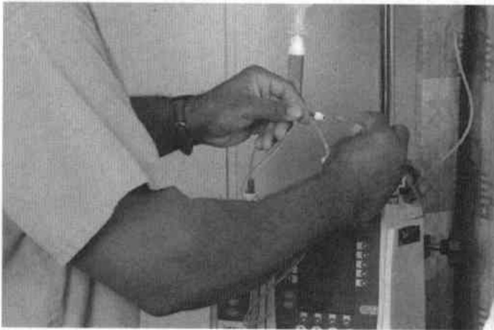
شکل ۱. اسکن بارکد مشخصات بیمار از روی دستبند



شکل ۲. وضعیت قرارگرفتن ظرف سرم دوم بر روی پایه سرم



شکل ۳. تمیزکردن راه دسترسی



شکل ۴. ست سرم دوم متصل شده به راه دسترسی

کار	دلیل
۲۳ - برچسب دارای تاریخ مناسب را بر روی ست سرم قرار دهید.	لوله‌های استفاده شده برای ست سرم دوم[1] بسته به‌مقررات مرکز درمانی برای مدت ۴۸ تا ۹۶ ساعت قابل استفاده می‌باشد. داشتن برچسب سبب می‌شود که ست سرم در زمان لازم تعویض شود.
۲۴ - محفظه قطره ریز سرم را فشار دهید و سپس رها کنید. تا خط وسط محفظه را پر یا نیمه‌پر کنید. کلمپ را ببندید. وسیله بدون سوزن یا سوزن (آنژیوکت یا اسکالپ وین) را به انتهای ست سرم متصل کنید. از روش استریل استفاده کنید.	این کار سبب خروج هوا از ست و استریل نگه داشتن آن می‌شود.
۲۵ - جهت ضد عفونی کردن راه دسترسی یا دو راهی بالای کلمپ غلتان بر روی ست تزریق اولیه از پنبه الکل استفاده کنید (شکل ۳).	این کار از ورود میکروارگانیسم‌ها در هنگامی که ست سرم دوم به راه دسترسی متصل می‌گردد، جلوگیری می‌کند.
۲۶ - ست سرم دوم را به راه دسترسی دارو یا دو راهی متصل نمایید (شکل ۴). در صورت استفاده، دوراهی را در موقعیت باز قرار دهید.	دریچه جریان رو به عقب که در ست دوم وجود دارد، باعث می‌شود که هنگامی که محلول سرم دوم در حال انفوزیون است، جریان سرم اول متوقف شود. پس از اتمام کار، دریچه جریان رو به عقب باز شده و جریان سرم اول برقرار می‌شود. سیستم‌های بدون سون و ست دوراهی نیاز به سوزن را کاهش می‌دهد و در مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری این روش‌ها توصیه می‌شود.
۲۷ - کلمپ روی ست سرم دوم را باز کنید. از یک غلتک کلمپ بر روی ست سرم اولیه استفاده کنید تا تعداد قطرات را براساس میزان تجویز شده تنظیم کنید (شکل ۵) یا سرعت جریان تزریق محلول دوم را روی پمپ تزریقی تنظیم نمایید (شکل ۶). تزریق دارو را در فواصل زمانی مشخص کنترل کنید.	وقتی که سرم دوم در جریان است، از جریان یافتن سرم اولیه جلوگیری می‌کند. بلافاصله پس از اتمام سرم دوم، راه برگشت باز می‌شود و جریان سرم اولیه از سر گرفته می‌شود. کنترل کردن میزان تزریق دارو از عوارض ناخواسته جلوگیری می‌کند.

1- piggyback



شکل ۵. استفاده از کلمپ غلتان یا ست تزریق اولیه جهت تنظیم جریان محلول.



شکل ۶. تنظیم تعداد قطرات پمپ.

کار	دلیل
۲۸ - در مدت زمانی که محلول در جریان است لوله ست سرم دوم را کلمپ کنید. برای دور انداختن وسایل از خط مشی مرکز درمانی پیروی کنید.	در اکثر مؤسسات به مدت ۴۸ تا ۹۶ ساعت از ست سرم استفاده می‌شود. این کار سبب کاهش خطر آلودگی برای ست وریدی اولیه می‌شود.
۲۹ - ظرف محتوی محلول وریدی اولیه را در ارتفاع اصلی خود قرار دهید. سرعت جریان محلول اولیه را تنظیم کنید. یا سرعت جریان محلول اولیه را توسط پمپ تزریق، کنترل کنید.	مصرف دارو از طریق سرم دوم در سرعت طبیعی جریان محلول سرم اول وقفه ایجاد می‌کند. تنظیم مجدد سرعت ضروری می‌باشد، بسیاری از پمپ‌های تزریقی به طور خودکار پس از اینکه تزریق ثانویه انجام شد، تعداد قطرات را طبق سرعت قبلی تنظیم می‌نماید.
۳۰ - PPE را دربیاورید و بهداشت دست‌ها را رعایت نمایید.	درآوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش داده و رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌نماید.
۳۱ - حجم مایعات داده شده را در صورت نیاز در برگه جذب و دفع ثبت کنید.	ثبت به موقع وقایع، امنیت بیمار را تضمین می‌کند.
۳۲ - پاسخ بیمار را در فواصل زمانی معین نسبت به اثرات دارو بررسی نمایید. محل آنژیوکت را به صورت دوره‌ای کنترل نمایید.	بیمار باید برای شناخت اثرات درمانی و مضر دارو مورد ارزیابی قرار گیرد.

ثبت

راهنمایی‌ها

تجویز دارو بلافاصله پس از تجویز را ثبت کنید که شامل تاریخ، زمان، دوز، نحوه‌ی تجویز، محل تجویز و سرعت تجویز است را در CMAR/MAR ثبت کنید یا از فورمت مورد نیاز استفاده کنید. در صورتیکه از سیستم بارکد استفاده شود، تجویز دارو هنگام اسکن به طور اتوماتیک ثبت می‌شود. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی

دارو جلوگیری می‌کند. در صورتیکه دارو حذف و یا پرهیز شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو ثبت کنید و پزشک را مطلع سازید. این کار به ما اطمینان می‌دهد که پزشک از تجویز داروهای حذف شده و شرایط بیمار مطلع است.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- هنگام بررسی محل آنژیوکت، قبل از تزریق دارو، پرستار متوجه نشت مایع در محل آنژیوکت می‌شود: تزریق مایع وریدی را متوقف سازید و آنژیوکت را خارج کنید. آنژیوکت را مجدداً در محل دیگری قرار دهید. هنگام تزریق دارو، محل آنژیوکت جدید را به طور مداوم مورد بررسی قرار دهید.
- در حین تجویز دارو، پرستار متوجه کدری و وجود مواد سفیدرنگی در ست سرم می‌شود: جریان سرم و تزریق دارو را متوقف سازید. ست سرم را در نزدیکترین محل به بیمار کلمپ نمایید. ست سرم را تعویض کنید و مجدداً جریان محلول را برقرار سازید. در مورد سازگاری دارو با نوع سرم با یک داروشناس مشورت کنید یا دستورالعمل دارو را مورد بررسی قرار دهید. تزریق دارو ممکن است نیاز به آنژیوکت دیگری داشته باشد یا قبل و بعد از تجویز دارو ست سرم شستشو داده شود.
- در حین تجویز دارو توسط پرستار، بیمار درد محل آنژیوکت را گزارش می‌کند: دارودادن را متوقف سازید. محل آنژیوکت را از نظر علایم التهاب ورید و نشت مایع بررسی کنید. شما می‌توانید آنژیوکت را جهت کنترل بازبودن راه وریدی با نرمال سالین شستشو بدهید. چنانچه محل آنژیوکت طبیعی به نظر می‌رسد، تزریق دارو را با سرعتی آهسته‌تر ادامه دهید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- یک روش انتخابی برای ست دوم به خصوص اگر ست تزریق از انفوزیون قبلی در محل وجود داشته باشد آن است که ست دوم را به روش برگشتی پر کنید. کیسه دارویی را به دومین ست تزریق متصل کنید. کیسه دارویی را در پایین زیر ظرف محلول وریدی قرار دهید و کلمپ ست تزریق دومی را باز کنید. این کار موجب می‌شود تا محلول وریدی اولیه به درون ست دوم داخل محفظه قطره‌ریز جریان پیدا کند. بگذارید محلول تا زمانی که محفظه قطره‌ریز نیمه پر است به داخل آن وارد شود. کلمپ روی ست دومی را ببندید و ظرف دارویی را بر روی پایه سرم آویزان کنید. تزریق را به وسیله پایین آوردن ظرف وریدی اولیه به طوری که در بالا توضیح داده شد، ادامه دهید. این روش برگشتی سیستم تزریق را دست نخورده نگه می‌دارد و از ورود میکروارگانیسم‌ها و همچنین از دست‌رفتن دارو هنگام پربودن ست سرم پیشگیری می‌کند.
- بررسی مداوم مهمترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک شدید در دادن دُز بیشتر دارو دست نگه دارید و مراقبت دهندگان اولیه بهداشتی را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر براساس نوع واکنش و ارزیابی بیمار باشد.

ملاحظات مربوط به نوزادان و کودکان

- نوزادان و کودکان با محدودیت مایعات نمی‌توانند محلول وریدی اضافه شده مورد نیاز با ست سرم دومی یا میکروست را تحمل کنند.

روش کار ۱۰-٤ واردکردن داروها از طریق سیستم انتقال متناوب با استفاده از نرمال سالین (وسایل دسترسی به وریدهای محیطی به طور متناوب)

نکات قابل توجه

تزریق داروهای وریدی از طریق ست سرم به کمک پرستار مربوط نمی‌باشد، براساس مقررات مؤسسه دولتی تزریق داروهای مشخص ورید گاهی ممکن است توسط پرسنل مجاز که آموزش‌های لازم را دیده است انجام شود. اجرای این مراحل باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و بررسی وضعیت وی باشد و این کار باید به همان کیفیت انجام شود که از پزشک انتظار می‌رود.

وسایل

- دارو
- کاردکس معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر طراحی شده است (MAR و CMAR)
- ویال محلول نرمال سالین (۲)؛ حجم آن باید براساس خط مشی مؤسسه تعیین شود، ولی معمولاً ۲ تا ۳ میلی‌لیتر است.
- سرنگ استریل (۲ عدد) با سوزن شماره ۲۵ یا وسایل بدون سوزن
- پنبه الکل
- ساعت عقربه‌دار یا ساعت تایمردار
- دستکش یک بار مصرف

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار بر طبق مقررات مؤسسه مطابقت دهید. هرگونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل نمایید. کاردکس دارویی را کنترل نمایید تا داروهایی را که نیاز به رقیق‌شدن، قبل از تزریق دارند، مشخص شوند. سرعت تزریق را نیز تنظیم کنید.	این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستور دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید. سازگاری دارو و محلول وریدی از ایجاد عوارض جلوگیری می‌کند. میزان صحیحی از داروی تجویز شده به بیمار تزریق می‌شود.
۲ - از تأثیر دارو، ملاحظات خاص پرستاری، میزان دُز مطمئن دارو، هدف از تجویز و عوارض جانبی دارو اطلاع حاصل نمایید. به مناسب‌بودن دارو برای بیمار توجه کنید.	این دانش به پرستار کمک می‌کند تا تأثیر درمانی دارو در رابطه با مشکلات بیمار را ارزیابی کند، و بتواند به بیمار در مورد داروهایش آموزش بدهد.
۳ - دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۴ - ترالی داروی بیمار را به خارج از اتاق وی بیاورید یا در اتاق دارویی برای تجویز آن را آماده نمایید.	سازمان‌دهی از تجویز اشتباه دارو جلوگیری می‌کند و در وقت صرفه‌جویی می‌شود.

کار	دلیل
۵ – ترالی یا قفسه دارو را باز کنید. کد مربوطه را وارد نمایید و مشخصات کارمند را در صورت لزوم اسکن کنید.	بستن ترالی یا قفسه دارو، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن کارت‌های دارو می‌باشند تا در هنگام عدم استفاده قفل شوند. با واردنمودن کد عبور و اسکن مشخصات اجازه می‌دهید که تنها مصرف‌کنندگان مجاز وارد سیستم شوند و استفاده کنندهٔ مدارک توسط کامپیوتر شناسایی می‌گردند.
۶ – داروی هر بیمار را در یک زمان تهیه کنید.	این کار از اشتباه در تجویز دارو جلوگیری می‌کند.
۷ – کاردکس دارویی را بخوانید و داروی مناسب را از ترالی یا قفسه دارویی بیمار انتخاب نمایید.	این کار اولین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد.
۸ – برچسب دارو را با کاردکس دارویی مقایسه کنید. تاریخ انقضاء آن را کنترل نمایید و محاسبات لازم را انجام بدهید. بارکد روی بسته‌بندی را در صورت لزوم اسکن کنید.	این کار دومین مرحله کنترل برچسب دارو می‌باشد. محاسبات را با پرستاری دیگر کنترل نمایید تا از بروز خطا پیشگیری شود.
۹ – در صورت لزوم، داروها را از آمپول یا ویال بکشید. طبق روش کار ۲–۴ و ۳–۴.	اجازه تجویز دارو داده می‌شود.
۱۰ – براساس خط مشی مؤسسه سومین کنترل باید در این موقع انجام شود. هنگامی که همهٔ داروهای یک بیمار را آماده کردید، قبل از دادن آنها به بیمار، برچسب داروها را با کاردکس بیمار دارویی مطابقت دهید.	این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن گردید و از بروز خطا پیشگیری می‌شود. توجه: بیشتر مؤسسات پیشنهاد می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تخت بیمار، بعد از شناسایی او و پیش از تجویز دارو انجام گیرد.
۱۱ – قبل از ترک محل، قفسه دارویی یا ترالی دارویی را قفل کنید.	قفل‌کردن ترالی یا قفسه دارویی، سبب محافظت از داروی بیمار می‌شود. واحدهای بیمارستانی مستلزم داشتن ترالی دارو می‌باشند تا هنگام عدم استفاده قفل شود.
۱۲ – با دقت داروها را در کنار تخت بیمار ببرید و آن را در تمام لحظات جلوی چشمانتان نگه دارید.	دقت در حمل و زیر نظر داشتن داروها از بی‌نظمی‌های اتفاقی و یا سهوی آنها پیشگیری می‌کند. در دسترس بودن وسایل موجب صرفه جویی در وقت و سهولت اجرای کار می‌شود.
۱۳ – مطمئن شوید که بیمار داروی خود را در زمان مناسب دریافت می‌کند.	خط مشی مؤسسه را چک کنید که ممکن است اجازه دهد تا از ۳۰ دقیقه قبل تا ۳۰ دقیقه بعد از زمان مشخص شده، تجویز دارو انجام گیرد.
۱۴ – بهداشت دست‌ها را رعایت نمایید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.	رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس روش جلوگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۱۵ – بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار باید با استفاده از دو روش شناسایی شود. مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود. شماره اتاق بیمار یا جایی که بیمار مستقر است به عنوان عامل شناسایی وی نباید به کار رود. اگر دستبند هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.

کار

الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.

ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.

ج) از بیمار بخواهید که تاریخ تولد دقیق خود را بگوید.

د) از بیمار نام و تاریخ تولد را سؤال کنید.

۱۶ – درب اتاق را ببندید یا پردهٔ کنار تخت را بکشید.

۱۷ – قبل از اجرای دستورات دارویی، بیمار را به طور کامل مورد بررسی قرار دهید. دستبند آلرژی وی را کنترل کنید یا از بیمار در رابطه با حساسیت سؤال نمایید. هدف از دارو دادن را برای او شرح دهید و سپس عملیات دارو دادن را اجرا نمایید.

۱۸ – بارکد شناسایی بیمار را در صورت لزوم بر روی دستبند وی اسکن نمایید. (شکل ۱)

۱۹ – براساس مقررات سومین کنترل برچسب بدین ترتیب باید عمل گردد هنگامی که همه داروهای یک بیمار را آماده کردید پیش از دادن آنها به بیمار یک بار دیگر با دستورات دارویی کنترل کنید.

۲۰ – محل آنژیوکت را از نظر وجود التهاب یا نشت مایع بررسی کنید.

۲۱ – دستکش تمیز بپوشید.

۲۲ – راه دستیابی سیستم انتقال دارو (هپارین‌لاک) را با پنبه الکل تمیز کنید (شکل ۲).

دلیل

این کار روش دیگری برای کنترل دوباره بیمار است. از نوشتن نام بیمار بر روی در یا بالای تخت خودداری نمایید. زیرا ممکن است صحیح نباشد.

این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد، اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.

سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود.

پیش شرط تجویز داروها را بررسی کنید. توضیح دادن به بیمار روش منطقی است و سبب افزایش آگاهی و کاهش اضطراب وی می‌شود.

سبب کنترل بیشتر بیمار می‌شود و مطمئن می‌گردید که داروها به طور صحیح به بیمار داده می‌شود.

بسیاری از مؤسسات پیشنهاد می‌کنند که سومین مرحله کنترل در کنار تخت بیمار بعد از شناسایی او و پیش از تجویز دارو انجام گیرد. این سومین مرحله کنترل داروهاست تا کاملاً مطمئن گردید و از بروز خطا پیشگیری می‌کند.

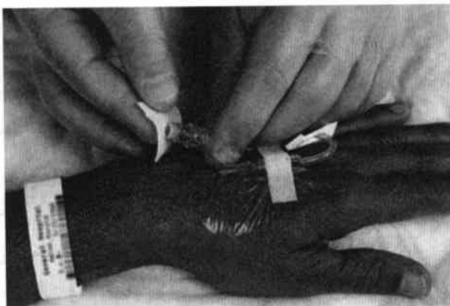
جهت اطمینان دارو می‌بایست مستقیماً به داخل وریدی که ملتهب نباشد تزریق گردد.

دستکش سبب محافظت دست‌های پرستار از تماس با خون بیمار می‌شود.

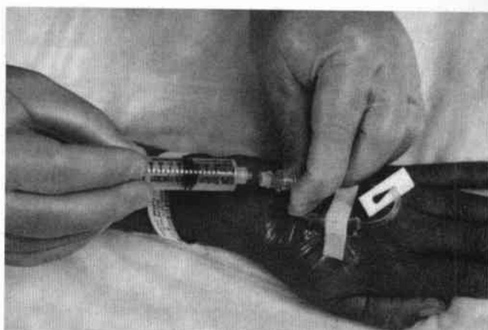
تمیزکردن، باکتری‌های سطحی در محل ورودی هپارین لاک را از بین می‌برد.



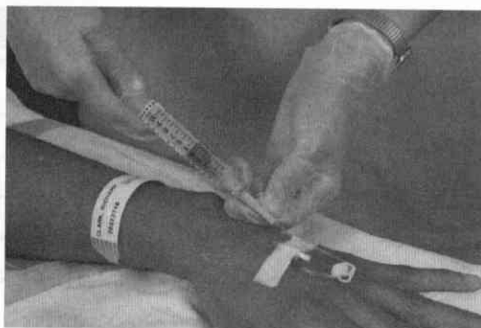
شکل ۱. اسکن کردن بارکد روی دستبند تشخیص هویت بیمار.



شکل ۲. تمیزکردن راه دستیابی با پنبه الکل.



شکل ۳. وارد نمودن سرنگ به راه دستیابی.



شکل ۴. آسپیراسیون جهت برگشت خون.

کار

۲۳ – با دست غیرغالب خود راه دستیابی سیستم انتقال دارو (هپارین لاک) را ثابت نگه دارید و وسیله بدون سوزن، سرنگ، یا سوزن سرنگ نرمال سالین را وارد راه دستیابی کنید (شکل ۳).

۲۴ – کلمپ روی لوله انتهایی سیستم انتقال دارو (هپارین لاک) را آزاد سازید. به آرامی آسپیره کنید و برگشت خون را کنترل نمایید (شکل ۴).

۲۵ – با فشار دادن آهسته بر روی پیستون سرنگ، به آرامی راه سیستم انتقال دارو (هپارین لاک) را با نرمال سالین شستشو دهید. سپس سرنگ را خارج کنید.

۲۶ – وسیله بدون سوزن یا سوزن سرنگ حاوی دارو را وارد راه دستیابی سیستم انتقال دارو نموده و به آرامی دارو را تزریق کنید. جهت تعیین سرعت تزریق صحیح از ساعت استفاده کنید. در صورت مشاهده مقاومت بیمار، دارو را با فشار تزریق نکنید.

دلیل

این کار باعث دقت ورود به داخل دایرهٔ مرکزی درپوش راه دستیابی می‌شود.

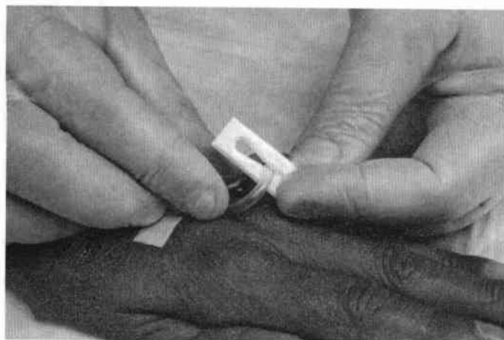
با این کار مطمئن می‌شوید که کاتتر تزریق متناوب درون ورید قرار دارد.

شستشو با نرمال سالین اطمینان می‌بخشد که مسیر داخل وریدی باز است. تورم و ادم ناحیه شستشو می‌تواند نشانگر نشت مایع از طریق کاتتر باشد.

تزریق آسان دارو اغلب بیانگر آن است که راه تزریق سیستم انتقال دارو باز است و در ورید قرار دارد. اگر در مقابل مقاومت فشار وارد شود، احتمال دارد لخته جدا شده و موجب انسداد عروق در قسمتی از بدن گردد.



شکل ۵. شستشوی راه دستیابی با نرمال سالین.



شکل ۶. کلمپ کردن راه دستیابی.

کار	دلیل
۲۷ - سرنگ حاوی دارو را از راه دستیابی خارج کنید. با دست غیرغالب خود راه دستیابی را ثابت نگه دارید. وسیله بدون سوزن یا سوزن سرنگ نرمال سالین را به داخل راه دستیابی وارد نمایید. با فشار دادن آهسته پیستون راه دستیابی را به آرامی با نرمال سالین شستشو دهید (شکل ۵). برای رسیدن به فشار مثبت شما می‌توانید لوله داخل وریدی را همچنان که هنوز در حال واردکردن محلول نمکی به داخل مسیر وریدی هستید کلمپ کنید (شکل ۶). سرنگ را خارج کنید. برای بدست آوردن فشار مثبت، اگر فشار مثبت وجود ندارد، متناوباً لوله‌ی داخل وریدی را همچنان که هنوز در حال وارد کردن باقیمانده محلول سالین به داخل مسیر وریدی هستید کلمپ کنید.	فشار مثبت سبب جلوگیری از بازگشت خون به داخل کاتتر درون وریدی می‌شود و سبب مسدودشدن مسیر وریدی می‌گردد.
۲۸ - سرنگ را در ظرف مناسبی به دور بیاندازید.	منهدم‌کردن مناسب وسایل از آسیب جلوگیری می‌کند.
۲۹ - در صورت استفاده از PPE، آن را در بیاورید. دست‌ها را بشویید.	درآوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۳۰ - بلافاصله پس از تزریق، آن را ثبت نمایید.	ثبت به موقع وقایع، امنیت بیمار را تضمین می‌نماید.
۳۱ - پاسخ بیمار به دارو را در فواصل زمانی مناسب ارزیابی نمایید.	بیمار باید نسبت به اثرات درمانی و مضر دارو مورد ارزیابی قرار گیرد.
۳۲ - ناحیه تزریق را حداقل هر ۸ ساعت بر طبق خط‌مشی مؤسسه درمانی کنترل نمایید.	این امر ما را از بازبودن سیستم مطمئن می‌سازد.

ثبت

راهنمایی‌ها

تجویز دارو بلافاصله پس از تجویز را ثبت کنید که شامل تاریخ، زمان، دوز، نحوه‌ی تجویز، محل تجویز، و سرعت تجویز است را در CMAR/MAR ثبت کنید یا از فورمت مورد نیاز استفاده کنید. در صورتیکه از سیستم بارکد استفاده شود، تجویز دارو هنگام اسکن به طور اتوماتیک ثبت می‌شود. درمان‌های PRN نیازمند ثبت علت تجویز هستند. ثبت فوری از امکان تکرار تصادفی دارو جلوگیری می‌کند. در صورتیکه دارو حذف و یا پرهیز شود، در منطقه‌ی مناسب ثبت دارو ثبت کنید و پزشک را مطلع سازید. این کار به ما اطمینان می‌دهد که پزشک از تجویز داروهای حذف شده و شرایط بیمار مطلع است.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- هنگام بررسی محل سیستم انتقال دارو (هپارین لاک)، قبل از تزریق دارو، پرستار متوجه می‌شود که نشت مایع در این محل وجود دارد: وسیلهٔ تزریق متناوب یا آنژیوکت را خارج سازید. برای دستیابی به وریدهای محیطی در محل‌های دیگری اقدام نمایید. محل جدید تجویز دارو را به طور مداوم مورد بررسی قرار دهید.
- در حین تجویز دارو توسط پرستار، بیمار درد در محل تزریق را گزارش می‌کند: دارودادن را متوقف سازید. محل تزریق را از

نظر علایم التهاب ورید و نشت مایع بررسی کنید. شما می‌توانید وسیلهٔ تزریق متناوب (هپارین لاک) را جهت بازبودن راه وریدی با نرمال سالین شستشو بدهید. چنانچه محل تزریق وریدی ظاهراً طبیعی به نظر می‌رسد، تزریق دارو را با سرعتی آهسته‌تر ادامه بدهید. چنانچه بیمار اجازه می‌دهد، تزریق را متوقف سازید. محل تزریق متناوب (هپارین لاک) را تغییر دهید و شروع به انجام کار نمایید.

- هنگامی که پرستار سعی می‌نماید دستیابی به وسیله تزریق متناوب یا هپارین لاک داشته باشد نوک سرنگ یا سر سوزن با بازوی بیمار تماس پیدا می‌کند: سوزن و سرنگ را دور بریزید. دُز جدیدی از دارو برای تجویز آماده کنید.
- پرستار متوجه می‌شود که هنگام آسپیره نمودن خون به داخل سرنگ باز نمی‌گردد: اگر به نظر می‌رسد وسیله تزریق متناوب (هپارین لاک) باز است، هیچگونه علامت و نشت مایع وجود ندارد و مایع نرمال سالین بدون مشکل وارد ورید می‌گردد، تزریق دارو را ادامه دهید. نشانه‌ها و علایم نشت مایع را در حین و بعد از تزریق مشاهده نمایید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- برطبق خط مشی مؤسسه چنانچه سیستم انتقال دارو (هپارین لاک) مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، برای باز نگه داشتن آن هر ۸ تا ۱۲ ساعت با نرمال سالین، شستشو دهید.
- برطبق خط مشی مؤسسه، به طور معمول محل سیستم انتقال دارو (هپارین لاک) هر ۷۲ تا ۹۶ ساعت تغییر داده شود.
- همچنین تزریق متناوب داروی وریدی با حجم کم می‌تواند از طریق سیستم انتقال دارو (هپارین‌لاک) تجویز گردد. ظرف حاوی داروی وریدی را به ست تزریق و آنژیوکت متصل کنید. پس از شستشوی سیستم انتقال دارو (هپارین لاک) با نرمال سالین همان طور که در بالا نیز توضیح داده شده است، لوله تزریق را به سیستم انتقال دارو وصل کنید. میزان داروی وریدی را با کلمپ غلتان بر روی لوله تزریق تنظیم کنید. پس از اینکه تزریق کامل شد، لوله را از سیستم انتقال خارج نمایید و با نرمال سالین همان طور که در بالا توضیح داده شده است شستشو دهید.
- بررسی مداوم مهم‌ترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک شدید برای دادن دُز بیشتر دارو دست نگه دارید و مراقبت دهندگان اولیه بهداشتی را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر براساس نوع واکنش و ارزیابی بیمار باشد.

ملاحظات مربوط به نوزادان وکودکان

- اگر حجم داروی تجویز شده کم است (کمتر از ۱/۰ میلی‌لیتر) مقداری محلول شستشو به مایع تزریقی اضافه کنید و این نکته را هنگام تعیین سرعت یک دارو در نظر بگیرید. به عنوان مثال، اگر دارو با سرعت ۱/۰ میلی‌لیتر در دقیقه تزریق شود و کل میزان محلول تزریقی ۲/۲۵ میلی‌لیتر (۰/۲۵ میلی‌لیتر حجم دارو به علاوه ۲ میلی‌لیتر محلول نرمال سالین برابر می‌شود با ۲/۲۵ میلی‌لیتر) باشد، دارو باید در مدت زمان ۲ دقیقه و ۱۵ ثانیه تزریق گردد.

روش کار ۱۱-٤ انجام شستشوی چشم

نکات قابل توجه

انجام شستشوی چشم توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- محلول استریل شستشو (تا دمای ۳۷°C یا ۹۸/۹°F)
- ست شستشوی استریل (ظرف استریل و سرنگ شستشو یا سرنگ پمپی)
- رسیور شستشو
- گلوله‌های پنبه
- پد ضد آب
- حوله
- دستکش یک بار مصرف
- کاردکس دارویی معمولی یا کاردکسی که توسط کامپیوتر ارائه می‌شود (MAR و CMAR)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار برطبق خط مشی مؤسسه مطابقت دهید. هر گونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل نمایید.	آماده‌سازی وسایل موجب زمان‌بندی صحیح و سازماندهی انجام کار می‌شود. این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستورات دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید.
۲ – بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار باید با استفاده از دو روش شناسایی شود. مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شود که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود.
الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد. اگر دستبند هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.
ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
ج) تاریخ تولد بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
د) از بیمار نام، محل تولد و تاریخ تولد وی را سؤال کنید.	این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.
۳ – مراحل انجام کار را برابر بیمار توضیح دهید.	توضیح‌دادن موجب همکاری بیشتر بیمار و اطمینان بخشیدن به وی می‌گردد.

کار

۴ – وسایل را در کنار بستر بیمار قرار دهید.
۵ – دست‌های خود را بشویید.
۶ – بیمار را در حالت نشسته یا دراز کشیده قرار دهید، به طوری که سر وی به سمت چشم آسیب دیده باشد (شکل ۱). بیمار و تخت وی را با یک پد ضد آب محافظت کنید.

دلیل

این کار باعث سازمان‌دهی کارها می‌شود.
شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
نیروی جاذبه کمک می‌کند تا جریان محلول از چشم آسیب ندیده دور گردد و از گوشه داخلی چشم آسیب دیده به گوشه خارجی چشم جریان یابد.



شکل ۱. برگرداندن سر بیمار به سمت چشم آسیب دیده.



شکل ۲. تمیزکردن پلک و مژه‌ها از سمت داخل به سمت خارج چشم

۷ – دستکش یک بار مصرف بپوشید. پلک‌ها و مژه‌ها را با یک گلوله پنبه‌ای یا پارچهٔ مرطوب حاوی محلول نرمال سالین یا محلول تجویز شده برای شستشو، بشویید (شکل ۲). چشم‌ها را از گوشه داخلی به سمت خارجی پاک کنید یا از گوشه‌های مختلف پارچه مرطوب استفاده کنید.

دستکش‌ها سبب محافظت پرستار از آلودگی، تماس با غشاء مخاطی و مایعات بدن بیمار می‌شود. احتمال دارد موادی که روی پلک‌ها یا مژه‌ها چسبیده‌اند به داخل چشم بروند. این روش شستشو موجب محافظت از مجرای اشکی بینی و چشم دیگر می‌شود.

۸ – رسیور منحنی شکل را در زیر گونه سمت چشم آسیب‌دیده قرار دهید تا محلول شستشو وارد آن شود (شکل ۳). اگر بیمار نشسته است از وی بخواهید که رسیور را نگه دارد.

نیروی جاذبه به جریان محلول کمک می‌کند.

۹ – با دست غیرغالب خود فضای ملتحمه پایین را باز کنید و پلک فوقانی را نیز باز نگه دارید (شکل ۴).

از آنجایی که قرنیه عضوی حساس و آسیب‌پذیر است، محلول شستشو به فضای ملتحمه پایین وارد می‌شود. این کار از رفلکس پلک‌زدن نیز جلوگیری می‌کند.

۱۰ – سرنگ شستشو را با محلول تجویز شده پر کنید. وسیله شستشودهنده[1] را با فاصله حدود ۲/۵ سانتی‌متری (۱ اینچی) از چشم نگه دارید. جریان محلول را از گوشه داخل چشم به گوشه خارجی چشم در طول فضای ملتحمه هدایت کنید (شکل ۵).

این کار خطر آسیب به قرنیه را به حداقل می‌رساند. محلول هدایت شده به سمت گوشه خارجی[2] چشم مانع از انتشار آلودگی از چشم به کیسه اشکی، مجرای اشکی و بینی می‌گردد.

1- Irrigator
2- Outer cantus



شکل ۳. قراردادن رسیور برای ریختن محلول شستشو.



شکل ۴. وضعیت نگه داشتن چشم



شکل ۵. آماده شدن برای شستشوی چشم.

کار	دلیل
۱۱ – شستشو را تا زمانی که محلول شفاف شود یا کل محلول استفاده گردد ادامه بدهید. با نیروی لازم ترشحات را به آرامی از ملتحمه بردارید. از تماس هر قسمت از چشم با نوک سرنگ شستشو اجتناب ورزید.	هدایت محلول با فشار موجب آسیب به بافت‌های چشم و همچنین ملتحمه می‌گردد تماس با چشم بیمار برای بیمار ناراحت‌کننده است و موجب آسیب قرنیه می‌شود.
۱۲ – محلول شستشو را وارد کنید و از بیمار بخواهید به طور منظم در طی انجام مراحل چشم‌های خود را باز و بسته کند.	حرکت چشم هنگامی که پلک‌ها بسته است به حرکت ترشحات از فضای ملتحمه فوقانی به فضای ملتحمه تحتانی کمک می‌کند.
۱۳ – محل شستشو را با گلوله پنبه یا گاز خشک کنید. در صورتی که صورت و گردن بیمار خیس است استفاده از حوله پیشنهاد می‌گردد.	مرطوب ماندن پوست پس از شستشو برای بیمار ناراحت‌کننده است.
۱۴ – دستکش‌ها را درآورید و دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۵ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار بگیرد.	با این کار از راحتی بیمار مطمئن می‌شوید.
۱۶ – در فواصل زمانی مناسب، پاسخ بیمار به درمان را ارزیابی نمایید.	بیمار جهت بررسی عوارض جانبی دارو نیاز به ارزیابی دارد.

وضعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار در حین انجام کار، درد شدیدی را اظهار می‌نماید: انجام کار را متوقف سازید و پزشک را آگاه سازید. ممکن است لازم باشد پزشک قبل از انجام شستشو چشم‌های بیمار را از نظر وجود جسم خارجی مورد بررسی قرار دهد.
- بیمار نمی‌تواند در طول مدت شستشو چشم‌های خود را باز نگه دارد: ممکن است پرستار نیاز به یک دستیار داشته باشد تا برای باز نگه داشتن چشم‌های بیمار به او کمک کند.

ملاحظات عمومی

- بررسی مداوم مهمترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک شدید، دارو را قطع کنید و مراقبت دهندگان اولیه بهداشتی را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر براساس نوع واکنش و ارزیابی بیمار باشد.

روش کار ۱۲-٤ انجام شستشوی گوش

نکات قابل توجه

انجام شستشوی گوش توسط پرستار مجازی که آموزش لازم را دیده انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پزشک انتظار می‌رود.

وسایل

- محلول شستشوی تجویز شده (تا دمای ۳۷°C یا ۹۸/۶°F)
- پد ضد آب
- اپلیکاتورهای نوک پنبه‌ای
- گلوله‌های پنبه‌ای
- ست شستشو (ظرف و سرنگ شستشو یا سرنگ پمپی)
- رسیور لوبیایی شکل
- دستکش یک بار مصرف (اختیاری)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را جمع‌آوری کنید. دستور دارویی را با دستور پزشک اصلی بیمار برطبق خط مشی مؤسسه مطابقت دهید. هر گونه عدم هوشیاری را مشخص کنید و لیست حساسیت‌های بیمار را کنترل نمایید.	آماده‌سازی وسایل موجب زمان‌بندی صحیح و سازماندهی انجام کار می‌شود. این مقایسه به تشخیص خطاهایی که ممکن است حین انتقال دستورات دارویی اتفاق بیفتد، کمک می‌نماید. دستور پزشک گزارش قانونی برای هر مؤسسه به شمار می‌آید.
۲ - بیمار را شناسایی کنید. معمولاً بیمار باید با استفاده از دو روش شناسایی شود. مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی معمولی و کاردکس دارویی کامپیوتری مقایسه کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شود که او به طور صحیح دارو دریافت می‌کند و از بروز خطا جلوگیری می‌شود.
الف) نام بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسایی کاربرد ندارد. اگر دستبند هویت بیمار به هر دلیلی مفقود گردید آن را جایگزین کنید.
ب) شماره شناسایی بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
ج) تاریخ تولد بیمار را از روی دستبند تشخیص هویت وی کنترل کنید.	
د) از بیمار نام، محل تولد و تاریخ تولد وی را سؤال کنید.	این کار نیاز به پاسخ بیمار دارد اما اغلب بیماری و محیط ناآشنای اطراف باعث گیجی بیمار می‌شود.
۳ - مراحل انجام کار را برای بیمار توضیح دهید.	توضیح‌دادن موجب همکاری بیشتر بیمار و اطمینان بخشیدن به وی می‌گردد.
۴ - وسایل را در کنار بستر بیمار قرار دهید. دستور پزشک را کنترل کنید. روی بیمار و بستر وی را با یک پد ضدآب بپوشانید.	این کار باعث سازمان‌دهی کارها می‌شود



شکل ۱. مستقیم نگهداشتن کانال شنوایی جهت شستشو.



شکل ۲. وضعیت دادن به بیمار برای شستشو.

کار	دلیل
۵ - دست‌های خود را بشویید و دستکش بپوشید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. پوشیدن دستکش سبب محافظت پرستار از تماس با آلودگی و مایعات بدن بیمار می‌شود.
۶ - بیمار را در حالت نشسته یا دراز کشیده قرار دهید، به طوری که سر وی به سمت گوش آسیب دیده باشد. از بیمار بخواهید رسیور را زیر گوش مبتلا قرار دهد تا محلول شستشو به داخل آن بریزد. (شکل ۲)	نیروی جاذبه باعث می‌شود تا جریان محلول از گوش به رسیور بریزد.
۷ - لاله گوش و در صورت لزوم مجرای کانال شنوایی را با اپلیکاتور نوک پنبه‌ای مرطوب شده در ظرف آب گرم یا محلول شستشو بشویید.	احتمال دارد مواد چسبیده به لاله گوش و مجرای شنوایی وارد گوش شود.
۸ - سرنگ پمپی را با محلول گرم شستشو پر کنید. در صورتی که از ظرف شستشو استفاده می‌کنید بگذارید تا هوای داخل لوله خارج شود.	پرکردن لوله از محلول شستشو سبب خروج هوا می‌شود. هوایی که با فشار داخل کانال گوش شده ایجاد صدا می‌نماید و برای بیمار خوش‌آیند نیست.
۹ - با کشیدن لاله گوش به سمت بالا و عقب در بالغین، مجرای شنوایی را به حالت مستقیم در آورید (شکل ۱).	مستقیم نگهداشتن مجرای گوش به رسیدن آسان محلول به تمام نواحی مجرای شنوایی کمک می‌کند.
۱۰ - محلولی ملایم و یکنواخت را به سقف مجرای شنوایی هدایت کنید. برای خارج‌کردن ترشحات فقط از فشار لازم استفاده کنید. مجرای گوش را با نوک سرنگ شستشو پر نکنید. بگذارید محلول بدون مانع از گوش خارج شود. (شکل ۳)	هدایت محلول به سقف مجرای گوش از آسیب رسیدن به پرده صماخ جلوگیری می‌کند. جریان ورود و خروج مداوم محلول شستشو از فشار به مجرای شنوایی جلوگیری می‌کند.
۱۱ - هنگامی که شستشو تمام شد یک گلوله پنبه‌ای به صورت شل در داخل مجرای شنوایی قرار دهید (شکل ۴) و بگذارید بیمار به سمت گوش آسیب دیده، بر روی حوله یا پد جذب‌کنندهٔ رطوبت دراز بکشد.	گلوله پنبه مایع اضافی را جذب می‌کند و نیروی جاذبه باعث می‌شود که تا باقی‌مانده محلول در مجرا، از گوش خارج شود.



شکل ۳. نحوه خروج مایع از گوش.



شکل ۴. قرار داد گلوله پنبه‌ای در داخل مجرای شنوایی.

کار	دلیل
۱۲ – دستکش‌ها را در بیاورید و دست‌های خود را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۳ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار بگیرید.	با این کار از راحتی بیمار مطمئن می‌شوید.
۱۴ – پاسخ بیمار به درمان را ارزیابی نمایید. پس از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به سراغ بیمار بروید و گلوله پنبه‌ای را از گوش وی خارج نمایید و گوش را از نظر تخلیه ترشحات ارزیابی کنید.	بیمار جهت بررسی عوارض جانبی دارو نیاز به ارزیابی دارد. ترشحات یا درد نشانگر صدمه به پرده صماخ گوش می‌باشد.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

بیمار در حین شستشوی گوش، درد شدیدی را اظهار می‌نماید: شستشو را متوقف کنید. درجه حرارت محلول را کنترل نمایید. اگر محلول سرد شده است آن را گرم نموده و مجدداً شروع به انجام کار نمایید. چنانچه بیمار همچنان اظهار درد می‌کند، شستشو را متوقف سازید و به پزشک اطلاع بدهید.

ملاحظات عمومی

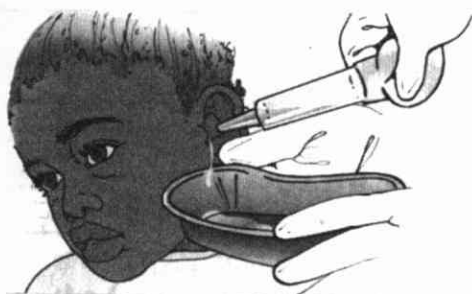
بررسی مداوم مهمترین قسمت مراقبت پرستاری جهت ارزیابی واکنش بیمار نسبت به تجویز دارو و کشف زودرس عوارض جانبی دارو می‌باشد. چنانچه به یک عارضه جانبی مشکوک شدید برای دادن دُز بیشتر دارو دست نگه دارید و مراقبت دهندگان اولیه بهداشتی را آگاه سازید. سایر مداخلات بیشتر براساس نوع واکنش و ارزیابی بیمار باشد.

ملاحظات مربوط به نوزادان وکودکان

در کودکان بالای سه سال لاله گوش را مستقیم به عقب بکشید (شکل ۵) و در کودکان و نوزادان زیر سه سال لاله گوش را به پایین و عقب بکشید (شکل ۶).



شکل ۵. کشیدن لاله گوش به سمت پایین و عقب در کودکان زیر سه سال.



شکل ۶. کشیدن لاله گوش مستقیم به عقب برای کودکان بالای سه سال.

فصل ۵

مراقبت‌های پرستاری-جراحی

مترجم: سیده فاطمه جلالی‌نیا

روش کار ۱-۵ مراقبت از بیمار قبل از عمل جراحی: بیمار بستری در بیمارستان

نکات قابل توجه

مراقبت و آموزش بیمار قبل از عمل جراحی از وظایف پرستار مجاز می‌باشد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

تجهیزات (برحسب نوع جراحی متفاوت است)

- دستگاه فشارخون
- دستگاه الکترونیکی فشارخون
- پالس اکسی‌متر
- تجهیزات محافظت شخصی (PPEs)، در صورت لزوم
- پمپ انفوزیون
- جوراب‌های ضد آمبولی
- جوراب‌های فشاری
- لوله‌ها، درن‌ها و کاتترهای دستیابی به عروق
- اسپیرومتر
- بالش کوچک

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - پروندهٔ بیمار را از نظر نوع عمل جراحی و دستور پزشک کنترل نمایید. اطلاعات اولیه پرستاری، اطلاعات به دست آمده از تاریخچه و معاینات فیزیکی را مرور نمایید. اطلاعاتی که ثبت شده‌اند را کنترل، موارد غیرطبیعی را گزارش نمایید.	مطمئن شوید که مراقبت‌ها برای بیمار صحیح انجام شده است و لزوم هرگونه آموزش ویژه‌ای برحسب نوع عمل جراحی مورد بررسی قرار خواهد گرفت. همچنین بیمارانی که در معرض خطرات ناشی از عمل جراحی هستند، شناسایی می‌شوند.

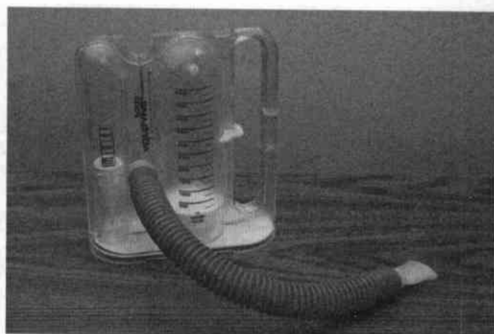
کار	دلیل
۲ – کنترل نمایید که آزمایش‌های تشخیصی کامل انجام شده و نتایج آنها قابل دسترسی باشند. نتایج غیرطبیعی را شناسایی و گزارش نمایید. وسایل ضروری را جمع‌آوری کنید.	این کنترل ممکن است بر روش جراحی و بیهوشی و مدت زمان جراحی یا نیاز به مشاوره تکمیلی، تأثیر بگذارد.
۳ – دستهایتان را بشویید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.	شستن دست‌ها و PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌نماید. PPE براساس روش جلوگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۴ – بیمار را شناسایی نمایید.	شناسایی صحیح بیمار باعث می‌شود که بیمار مراقبت صحیح را دریافت نماید.
۵ – پرده اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. آنچه را می‌خواهید انجام دهید و هدف از انجام آن را برای بیمار شرح دهید. وسایل را کنار تخت بیمار بگذارید به نحوی که در دسترس باشد.	این امر خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح درباره انجام کار اضطراب بیمار را برطرف کرده و همکاری وی را تسریع می‌نماید. قرار دادن وسایل در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در وقت و جلوگیری از کشش و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.
۶ – نیازهای روانی بیمار و خانوادهٔ او را در ارتباط با جراحی کشف نمایید.	برآورده نمودن نیازهای روانی بیمار و خانواده قبل از عمل جراحی می‌تواند اثرات مفیدی در مرحلهٔ بعد از عمل داشته باشد.
الف) ایجاد ارتباط درمانی باعث تشویق بیمار به بیان نگرانی‌ها یا ترس‌های او می‌شود.	
ب) از مهارت‌های یادگیری، سؤال و جواب و واضح‌سازی هرگونه سوءتعبیر در کسب اطلاعات، استفاده نمایید.	
ج) در موقع مناسب و لزوم جهت ایجاد احساس همدلی از تکنیک لمس استفاده نمایید.	
د) جهت رفع نیازهای روحی و روانی مراجعه به مشاور روحانی (کشیش، خاخام و فرد روحانی) را توصیه نمایید.	عقاید معنوی و مذهبی برای بعضی از بیماران و خانواده آنها می‌تواند منبع حمایتی خوبی در مرحلهٔ بعد از عمل باشد.
۷ – نیازهای یادگیری بیمار و خانوادهٔ او را شناسایی نمایید. مطمئن شوید که فرم رضایت بیمار برای عمل جراحی توسط بیمار و شاهدهای او امضاء و تاریخ‌گذاری شده است. از بیمار بخواهید که در صورتی که سؤالی در مورد روش عمل جراحی دارد بپرسد (شکل ۱). پروندهٔ بیمار را از نظر وجود هرگونه سفارش و وصیت از جانب او کنترل نمایید و در صورتی که قسمت مربوط به آن کامل نشده است، در مورد تکمیل آن در صورت امکان به طور مناسب صحبت نمایید. در صورتی که بیمار عمل جراحی قبلی داشته است، در این مورد از او سؤال نمایید.	با آماده‌سازی بیماران جهت دورهٔ نقاهت پس از عمل جراحی، برنامهٔ ترخیص از بیمارستان و نحوهٔ مراقبت از خود، بهبودی پس از عمل افزایش و اضطراب بیمار کاهش می‌یابد. پزشک مسئول دادن توضیحاتی در مورد جزئیات روش جراحی و خطرها و عوارض احتمالی است. پرستار مسئول روشن و واضح‌سازی آن چیزی است که جراح برای بیمار توضیح داده است و در صورتی که بیمار سؤالات بیشتری داشت و یا مطلبی را متوجه نشده است باید با پزشک تماس حاصل نماید. در صورتی که وضعیت بیمار غیرقابل علاج به نظر آید، وصیت و یا سفارش داشته باشد، می‌توان با ارتباط نوشتاری از بیمار خواست تا در مورد

کار	دلیل
	آرزوهایش و در ارتباط با خواسته‌های خود در مورد درمان‌هایی که تهدیدکنندهٔ زندگی هستند، صحبت کند. تجارب به دست آمده از جراحی‌های قبلی ممکن است مراقبت‌های قبل از عمل را به طور مثبت یا منفی تحت تأثیر قرار دهد.



شکل ۱. شناسایی نیازهای بیمار و پاسخ دادن به سئوالات وی.

کار	دلیل
۸ – در مورد تمرینات تنفسی عمیق به بیمار آموزش دهید (به راهنمای مراقبت پرستاری کتاب رفرنس در مورد تکنیک‌های اختصاصی، مراجعه نمایید).	تمرینات تنفسی عمیق انبساط ریوی و حجم ریوی را بهبود بخشیده به تهویهٔ و دفع گازهای بیهوشی و موکوس ناشی از گذاشتن راه هوایی مصنوعی کمک می‌کند و اکسیژناسیون بافت‌های بدن را تسهیل می‌نماید.
۹ – در مورد سرفه مؤثر و حمایت محل برش جراحی به بیمار آموزش بدهید (به راهنمای مراقبت پرستاری کتاب رفرنس در مورد تکنیک‌های اختصاصی، مراجعه نمایید).	سرفه به دفع موکوس باقی‌مانده در دستگاه تنفس کمک می‌کند. حمایت محل برش جراحی، در حین حرکت و سرفه درد را کاهش می‌دهد.
۱۰ – طرز استفاده از اسپیرومتر را آموزش دهید (شکل ۲).	اسپیرومتر انبساط ریه‌ها را افزایش داده به دفع گازهای بیهوشی و موکوس ناشی از گذاشتن راه هوای مصنوعی کمک می‌کند و اکسیژناسیون بافت‌های بدن را تسهیل می‌نماید.
۱۱ – در مورد تمرینات ورزشی پاها به بیمار آموزش دهید (با تناسب).	تمرینات ورزشی پاها از ضعف عضلات جلوگیری کرده، بازگشت وریدی را بهبود بخشیده و عوارض ناشی از رکود وریدی را کاهش می‌دهد. تمرینات ورزشی پا ممکن است برای بیماران با شرایط خاص مانند شکستگی اندام تحتانی منع مصرف داشته باشد.
۱۲ – به بیمار در پوشیدن جوراب‌های ضد آمبولی کمک کنید و به او نشان دهید که وسایل فشار دهندهٔ هوایی چگونه کار می‌کند (رجوع به کتاب اصلی).	جوراب‌های ضد آمبولی و وسایل فشاری هوایی، پس از عمل جراحی برای بیمارانی که در معرض خطر ابتلا به ترومبوز وریدهای عمقی DVT و آمبولی ریه هستند مورد استفاده قرار می‌گیرند.



شکل ۲. اسپیرومتر کمکی به افزایش حجم ریه‌ها کمک کرده و سبب بازشدن بهتر حبابچه‌های ریوی می‌شود.



شکل ۳. راهنمایی بیمار برای بلندکردن زانوی چپ و گرفتن میله تخت در سمت راست یعنی سمت چرخش بیمار.

کار

۱۳ – به بیمار در مورد چرخش و تغییر وضعیت در تخت آموزش دهید.

الف) به بیمار در مورد گذاشتن بالش و یا پتوی حمام برای حمایت و ثابت نگهداشتن محل برش جراحی آموزش دهید. از بیمار بخواهید به هنگام چرخش به طرف راست خود، زانوی چپ خود را بالا آورده و میلهٔ کنارهٔ تخت خود را در سمت راست بگیرد (شکل ۳) و در صورتی که بیمار بخواهد به طرف چپ خود بچرخد، زانوی راست خود را خم کرده و میلهٔ کنارهٔ تخت سمت چپ خود را بگیرد.

ب) به هنگام چرخش بیمار به طرف راست، از او بخواهید که با ساق پای چپ خم شدهٔ خود فشار آورده و خود را به میلهٔ کنار تخت سمت راست بکشد (شکل ۴). به بیمار توضیح دهید که جهت حمایت یک بالش پشت او قرار داده و زنگ اخبار در جایی گذاشته می‌شود که قابل دسترس او باشد (شکل ۵).

ج) به بیمار توضیح دهید که تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت باید انجام شود.

دلیل

چرخش و تغییر پوزیشن بیمار جهت جلوگیری از عوارض بعد از عمل و کاهش درد مهم است.

کار

۱۴ – در مورد کنترل درد به بیمار آموزش دهید.

دلیل

استفاده از ضد دردهای دستور داده شده جهت کاهش درد، در جلوگیری از عوارض بعد از عمل کمک‌کننده است.

کار

الف) در مورد تجارب گذشتهٔ بیمار در ارتباط با درد و مداخلاتی که بیمار جهت کاهش درد به کار برده است، بحث کنید.

دلیل

تجارب گذشته در ارتباط با درد می‌تواند توانایی بیمار را برای کنترل درد عمل جراحی تحت تأثیر قرار دهد. درد یک تجربهٔ ذهنی است، افراد از نظر اینکه چه مداخلاتی در کاهش درد آنها مؤثر هستند، متفاوت می‌باشند.



شکل ۴. به بیمار کمک کنید تا به سمت راست بچرخد، در حالی که پای چپ خود را خم کرده و نرده کنار تخت را به سمت خود بکشد.



شکل ۵. پس از اینکه بیمار چرخید، با قراردادن بالشت در پشت او از وی حمایت نمایید.

کار	دلیل
ب) در مورد قابل دسترس بودن داروهای ضد درد پس از عمل بحث نمایید.	براساس دستور پزشک، بیمار ممکن است نیاز به درخواست داروهای ضد درد در صورت لزوم یا ضد دردهای کنترل شونده توسط بیمار (PCA) یا ضد درد اپیدورال یا نخاعی داشته باشد که در این صورت بیمار به آموزش‌های ویژه جهت چگونگی کاربرد آنها نیاز دارد (به کتاب اصلی مراجعه نمایید).
ج) در ارتباط با ضد دردهای کنترل شونده توسط بیمار (PCA) در صورت لزوم بحث نمایید.	شناخت بیمار از استفاده از PCA برای یک تجویز مؤثر و مطمئن ضروری می‌باشد.
د) استفاده از سایر روش‌های غیردارویی جهش کاهش درد، مانند تغییر پوزیشن، ماساژ، آرام‌سازی، انحراف فکر، تصور هدایت شده و تمرکز فکر را مورد بررسی قرار دهید.	این اقدامات باعث کاهش اضطراب شده و مقدار داروی ضد درد را کاهش می‌دهد. درمان ضد درد باید شامل رویکردهای چند روشی باشد که تحت تأثیر سن، وزن و درمان‌های مختلف (به علت بیماری‌های مختلف) قرار می‌گیرد.
۱۵ - وسایل و تجهیزات را بررسی نمایید. ممکن است پس از جراحی استفاده شود. الف) وسایل و تجهیزات مختلف مانند پمپ انفوزیون وریدی، دستگاه فشارخون الکترونیکی، لوله‌ها و درن‌های جراحی را به بیمار نشان دهید.	آگاهی داشتن می‌تواند اضطراب ناشی از تجهیزات را کاهش دهد. بیمار ممکن است پس از عمل جراحی به منظور خالی‌بودن مثانه و کنترل دفع ادراری نیاز به سوند فولی داشته باشد. درن‌ها نیز به طور مکرر برای خارج‌نمودن مایعات اضافی اطراف محل برش جراحی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

کار	دلیل
۱۶ - پوست ناحیه عمل را آماده کنید. الف) از بیمار بخواهید که با محلول ضد عفونی‌کننده دوش بگیرد. جهت شستشوی دقیق اطراف محل جراحی به بیمار یادآوری کنید.	حمام با محلول ضد عفونی ممکن است ۱ یا ۲ روز قبل از عمل جراحی دستور داده شود و در صبح روز عمل جراحی جهت آغاز مراحل آمادگی پوست قبل از عمل جراحی و جلوگیری از عفونت، نیز دوباره تکرار شود. تحقیقات اخیر توصیه می‌نمایند که به دلیل افزایش احتمال عفونت موهای ناحیهٔ عمل نباید برداشته شود. مرکز کنترل بیماری‌ها پیشنهاد می‌کند که در صورتی که اصلاح و برداشتن موها در ناحیهٔ عمل ضروری باشد، باید بلافاصله قبل از عمل و با وسایل یک بار مصرف و روش‌های استریل انجام پذیرد. خط مشی و سیاست‌های بیمارستان جهت آمادگی پوست باید پی‌گیری و رعایت شود. بلافاصله قبل از عمل جراحی پوست ناحیهٔ عمل توسط افراد حرفه‌ای تیم مراقبت بهداشتی تمیز خواهد شد.
۱۷ - به بیمار توضیح دهید جهت اطمینان از اینکه معده حاوی حداقل مقدار ترشحات معده‌ای باشد، خوردن غذا و مایع قبل از عمل جراحی محدود می‌شود. این محدودیت جهت کاهش خطر آسپیراسیون مهم است. در مورد اهمیت خودداری از خوردن غذا و مایعات در زمان مقرر شده به بیمار تأکید نمایید زیرا عدم رعایت این نکته مهم است و ممکن است باعث کنسل‌شدن عمل جراحی شود.	اطمینان پیدا کنید که محدودیت دریافت غذا و مایعات (NPO) طبق دستور پزشک اجرا می‌شود. این محدودیت‌ها از آسپیراسیون و برگشتن غذا از معده جلوگیری می‌کند.
۱۸ - آمادگی روده‌ها را انجام دهید. در موقعیت‌های مشخص و معین، روده‌ها باید از طریق انجام انما یا دادن ملین‌ها به منظور تخلیه و کاهش باکتری‌های آماده شود.	هنگامی که اعمال جراحی بزرگ شکمی، ناحیهٔ پرینه، پری‌آنال یا لگنی انجام می‌شود، انجام این آمادگی ضرورت دارد.
الف) در صورت نیاز، هدف از انما و یا دادن ملین قبل از عمل جراحی را به بیمار توضیح دهید و در صورت نیاز به دادن انما به بیمار، مراحل انجام این کار را توضیح دهید.	دادن انما تنش‌زا است، به خصوص هنگامی که تا بازگشت مایع صاف از روده‌ها این کار تکرار شود این عمل موجب عدم تعادل در مایع و الکترولیت، هیپوتانسیون ارتواستاتیک و ضعف می‌شود. احتیاط‌های ایمنی را جهت جلوگیری از سقوط بیمار رعایت نمایید. داروهای بیهوشی و جراحی شکمی می‌تواند مانع از عملکرد طبیعی سیستم دفعی در ساعات اولیه پس از عمل جراحی شود. جهت مرور مهارت‌ها و روش انما دادن به فصل دفع روده‌ای مراجعه نمایید.

کار

۱۹ – برنامهٔ تنظیم شده تجویز داروهای قبل از عمل را کنترل نمایید. داروهایی را که بیمار به طور معمول مصرف می‌کرده (داروهای بدون نسخه و یا داروهای گیاهی) با او مرور نمایید. دستور پزشک را کنترل و داروهایی را که بیمار می‌تواند روز قبل از عمل دریافت کند را کنترل کنید.

دلیل

بعضی از بیماران به دلیل مشکلات پزشکی مختلفی دارو مصرف می‌کند. بررسی و ایجاد تطابق در خوردن این داروها قبل از عمل جراحی ضروری است. داروهای مشخصی مثل آسپیرین، روز قبل از جراحی، به دلیل اثرات ضد انعقادی باید قطع گردد. داروهای قلبی و تنفسی ممکن است روز عمل جراحی با دستور پزشک به بیمار داده شوند. در صورتی که بیمار دیابتی است و انسولین دریافت می‌کند، دوز انسولین باید کاهش یابد (به پروتکل بیمارستانی بستگی دارد).

کار

۲۰ – در صورت استفاده از PPE، آن را درآورده و دست‌های خود را بشوئید.

دلیل

درآوردن مناسب PPE سبب کاهش خطر انتشار عفونت و آلودگی می‌گردد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

یادداشت کنید که ثبت بیمار بررسی شده که شامل، شرح حال، معاینات فیزیکی و هرگونه ارزیابی آزمایشگاهی و بررسی‌های تشخیصی است. ثبت کنید که جراح از هرگونه موارد غیرطبیعی آگاه است. اجزای آموزش قبل از جراحی که شامل بررسی بیمار و در صورت وجود، خانواده است باید ثبت شود، همچون استفاده از محرک اسپیرومتر، تمرین تنفس عمیق و تمرین‌های پا، تخته‌ی شکسته بندی، جوراب‌های ضد آمبولی (T.E.D) و ابزار تراکم هوا. توانایی بیمار برای بروز مهارت‌ها و پاسخ به آموزش و هرگونه پایش را که نیازمند اجراست را ثبت کنید. هرگونه آموزش قبل از عمل شامل تسکین درد، اقدامات روده‌ای، داروها و آماده سازی پوست قبل از عمل را ثبت کنید. هرگونه نگرانی بیمار در خصوص عمل و اگر جراح برای توضیحات بیشتر تماس حاصل کرده، را ثبت کنید. حمایت روحی که به بیمار داده می‌شود را ثبت کنید و در صورتیکه مشاوره‌ی روانی بنا به درخواست بیمار شده است آن را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- نتایج آزمایشگاهی بیمار غیرطبیعی است: به پزشک اطلاع دهید. بعضی از موارد غیرطبیعی مانند بالابودن INR (که نشان دهنده ی مشکل انعقادی است) یا مواردی غیرطبیعی در CBC ممکن است عمل جراحی را به تأخیر بیاندازد.
- بیمار به شما می‌گوید: "مطمئن نیستم که این جراحی را انجام بدهم": با بیمار صحبت کنید که چرا این احساس را دارد. به پزشک اطلاع دهید. بیماران تا زمانی که مطمئن نشوند که باید عمل جراحی را انجام دهند نباید تحت عمل جراحی قرار گیرند.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- بیماران چاق بیشتر در معرض خطر عوارض و مرگ هستند تا بیمارانی که وزن مطلوب دارند. به هنگام گرفتن تاریخچهٔ بیمار، پرستار باید در مورد سایر مشکلات طبی، مانند دیابت، افزایش فشارخون و آپنه به هنگام خواب آگاهی داشته باشد.

ملاحظات مربوط به نوزادان و کودکان

- کودکان در ارتباط با سلامتی، سن، اندازه بدنشان نیازهای ویژه‌ای دارند. از بین بردن اضطراب قبل از عمل در کودکان بسیار مهم بوده و به هنگام ارائه اطلاعات به آنها استفاده از لغات و اصطلاحات ساده و واقعی ضرورت دارد.
- همچنین پرستار باید نسبت به سطح اضطراب والدین حساس بوده و در صورت لزوم آنها را حمایت نموده، آموزش داده و برای آنها توضیحاتی را ارائه دهد.
- کنترل وزن دقیق کودکان برای تنظیم دوز داروی صحیح ضروری است.
- برای اطمینان از کنترل مناسب و کافی درد، بررسی و درمان مناسب درد از نظر تکاملی ضروری می‌باشد.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- تغییرات مربوط به سن و مشکلات مزمن قبلی می‌تواند بر مرحلهٔ پس از عمل در بیماران سالمند تأثیرگذار باشد.
- همچنین به هنگام ارائه آموزش، از آنجایی که مرحلهٔ ارائه اطلاعات باید آهسته‌تر باشد، لازم است که آموزش‌ها و اطلاعات به آهستگی و به تدریج و بدون فشار ارائه شود.
- به دلیل موانع ارتباطی و comorbidity بیماران سالمند ممکن است به داروهای ضد درد واکنش‌های متفاوتی نشان بدهند، بررسی درد و درمان آن ممکن است زیر حد مطلوب باشد. بنابراین توجه ویژه و اختصاصی برای این گروه سنی آسیب‌پذیر ضروری است.

روش کار ۲-۵ مراقبت از بیمار بعد از عمل جراحی به هنگام بازگشت به اتاق

نکات قابل توجه

اندازه‌گیری علایم حیاتی بعد از عمل جراحی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

تجهیزات (برحسب نوع جراحی متفاوت است)

- دستگاه الکترونیکی کنترل فشارخون
- پمپ تزریق وریدی، محلول وریدی
- لوله‌ها، درن‌ها و لوله‌های دستیابی به عروق
- دستگاه فشارخون
- جوراب‌های ضد آمبولی
- اسپیرومتر
- ترمومتر الکترونیکی
- چکمه‌های فشارندهٔ هوایی
- در صورت نیاز پتو
- پالس اکسی‌متر
- وسایل محافظتی شخصی (PPEs)، در صورت لزوم
- گوشی پزشکی

روش انجام کار

کار	دلیل
مراقبت فوری	
۱ - به هنگام بازگشت بیمار از اطاق ریکاوری (PACU)، از پرستار ریکاوری گزارش گرفته و اطلاعات به دست آمده در اطاق عمل و اطاق بهبودی را مرور نمایید. وسایل ضروری را جمع‌آوری کنید.	گرفتن گزارش باعث ارتباط دقیق و ارتقاء ادامهٔ مراقبت می‌شود. آماده‌کردن وسایل موجب مدیریت و سازمان‌دهی زمان‌بندی و انجام وظایف می‌گردد.
۲ - دست‌هایتان را بشویید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.	شستن دست‌ها و استفاده از PPE مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتقال عفونت تعیین می‌گردد.
۳ - بیمار را شناسایی نمایید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که بیمار صحیح، مراقبت صحیح را دریافت می‌کند و از اشتباه پیشگیری می‌کند.
۴ - نرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. اقداماتی که قرار است انجام دهید و هدف از انجام آنها را برای بیمار توصیف نمایید. وسایل را کنار تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	این امر خلوت بیمار را فراهم می‌کند. توضیح دادن به بیمار اضطراب وی را از بین می‌برد و همکاری وی را افزایش می‌دهد. قرار دادن وسایل در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در وقت و جلوگیری از کشش و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.

کار

۵ – بیمار را در یک وضعیت امن قرار دهید (نشسته یا خوابیده به پهلو). به سطح هوشیاری بیمار توجه نمایید.

دلیل

وضعیت نشسته، تنفس عمیق را تسهیل می‌نماید؛ وضعیت خوابیده به پهلو با گردن کمی به عقب خم شده از آسپیراسیون ترشحات و انسداد راه هوایی جلوگیری می‌نماید.

۶ – علائم حیاتی بیمار را به طور مرتب کنترل و ثبت نمایید. ممکن است دستور بررسی و کنترل بیمار متفاوت باشد اما به طور معمول علایم حیاتی، در ساعت اول پس از جراحی هر ۱۵ دقیقه، در دو ساعت بعدی هر ۳۰ دقیقه یک بار، در ۴ ساعت بعدی هر یک ساعت یک بار و نهایتاً هر ۴ ساعت یک بار کنترل می‌گردد.

مقایسه این اطلاعات با اطلاعات اولیه به دست آمده قبل از عمل، ممکن است احتمال وقوع شوک یا خون‌ریزی را نشان دهد. بعضی از بیمارستان‌ها برای ثبت و گزارش اطلاعات ساعت اولیه پس از عمل از کاغذ یا چارت‌های کامپیوتری استفاده می‌کنند.

۷ – وضعیت تنفسی بیمار را بررسی نمایید (به فصل ۲۵ مراجعه کنید). سطح اشباع خون بیمار از اکسیژن را اندازه‌گیری نمایید (شکل ۱).

مقایسه آن با وضعیت تنفسی پایه پیش از عمل جراحی می‌تواند نشان‌دهنده مشکلات تنفسی قریب‌الوقوع باشد.



شکل ۱. اندازه‌گیری سطح اشباع اکسیژن خون بیمار پس از جراحی.

۸ – وضعیت قلبی – عروقی بیمار را بررسی نمایید (به فصل ۲۵ مراجعه کنید).

مقایسه آن با وضعیت قلبی – عروقی پایه پیش از عمل جراحی می‌تواند نشان‌دهنده مشکلات قلبی – عروقی قریب‌الوقوع باشد.

۹ – وضعیت عصبی – عروقی بیمار را براساس نوع عمل جراحی انجام گرفته بررسی نمایید (به فصل ۲۵ رجوع کنید).

مقایسه آن با وضعیت عصبی – عروقی پایه پیش از عمل می‌تواند نشان‌دهنده مشکلات عصبی – عروقی قریب‌الوقوع باشد.

۱۰ – گرمای لازم را تأمین نمایید، در صورت لزوم از پتوی گرم کننده استفاده کنید (شکل ۲). رنگ و وضعیت پوست را بررسی نمایید.

محیط اطاق عمل سرد است. پایین‌بودن دمای بدن ناراحت‌کننده است و ممکن است منجر به اختلال در ریتم قلب و اختلال در روند ترمیم زخم شود.

۱۱ – پانسمان را از نظر رنگ، بو و مقدار مواد مترشحه کنترل نمایید (شکل ۳). درناژ روی پانسمان را با کشیدن دایره علامت زده و ساعت کنترل را نیز بر روی آن یادداشت نمایید. زیر بدن بیمار را از نظر خون‌ریزی محل عمل بررسی کنید.

خون‌ریزی و شوک از عوارض پس از جراحی هستند که زندگی بیمار را تهدید می‌نمایند و تشخیص زودرس آنها ضروری است.



شکل ۲. تأمین راحتی و گرما برای بیمار.



شکل ۳. چک‌کردن پانسمان از نظر رنگ، بو و میزان ترشحات.

کار	دلیل
۱۲ – کلیه لوله‌ها و درن‌ها را از نظر بازبودن و وصل‌بودن بررسی نمایید، به مقدار مایعی که به داخل ظرف مربوطه تخلیه شده است توجه نمایید. در صورتی که سوند فولی جایگذاری شده است، دفع ادرار را یادداشت نمایید.	با این کار، از برقراری و در جریان‌بودن اعمال حیاتی مطمئن می‌شوید.
۱۳ – سرعت تزریق مایعات وریدی را به میزان صحیح تنظیم نمایید.	این کار از کم آبی و عدم تعادل الکترولیتی جلوگیری می‌نماید.
۱۴ – با دادن داروهای دستور داده شده توسط پزشک درد بیمار را تسکین دهید. در صورتی که برای بیمار دستور استفاده از ضد دردهای کنترل شونده توسط خود بیمار داده شده است، نحوهٔ استفاده از آن را با بیمار مرور نمایید. کنترل کنید آیا برای دادن داروهای مسکن به بیمار در بخش مراقبت‌های بعد از بیهوشی دستوری داده شده است.	از داروی تجویز شده برای کاهش درد استفاده کنید. رفتار غیرکلامی بیمار را که نشان‌دهندهٔ درد است، مانند اخم‌کردن، گریه و بیقراری را بررسی و مشاهده کنید. جهت تسکین درد بعد از عمل جراحی از داروهای مسکن استفاده می‌شود.
۱۵ – محیطی امن برای بیمار ایجاد نمایید. سرتخت را پایین نگه داشته و نرده‌های کنار تخت را بالا برده و زنگ اخبار را در دسترس بیمار قرار دهید.	این عمل از بروز صدمات اتفاقی جلوگیری می‌نماید. دسترسی آسان برای تماس گرفتن، به بیمار امکان می‌دهد که در صورت نیاز با پرستار تماس بگیرد.
۱۶ – در صورت استفاده از PPE، آن را در بیاورید. دست‌ها را بشویید.	درآوردن مناسب PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌نماید.
مراقبت بعدی	
۱۷ – عملکرد تنفسی را تا حد مطلوب بهبود ببخشید.	داروهای بیهوشی ممکن است باعث کاهش عملکرد تنفسی شوند: بیمارانی که قبلاً دچار بیماری‌های قلبی عروقی یا تنفسی بوده یا دارای برش جراحی در ناحیهٔ شکم و قفسه سینه هستند یا آنهایی که چاق و مسن هستند و از نظر تغذیه وضعیت خوبی نداشته‌اند، بیشتر در معرض خطر عوارض تنفسی قرار دارند.

کار	دلیل
الف) تعداد، عمق، کیفیت، رنگ و بازگشت خون مویرگی را بررسی نمایید. در صورت وجود اشکال در تنفس از بیمار در این مورد سؤال کنید. ب) برای سرفه‌کردن و تمرینات تنفس عمیق به بیمار کمک کنید. ج) به بیمار در انجام اسپیرومتری کمک کنید. د) به زود راه‌افتادن و حرکت بیمار کمک نمایید. ه) به بیمار تغییر پوزیشن متناوب بدهید. و) طبق دستور اکسیژن داده شود. ز) پالس اکسی‌متری را کنترل نمایید.	داروهـای ضـد دردی کـه پس از عـمل تـجویز مـی‌شوند، می‌توانند سرعت و کیفیت کوشش تنفسی را کاهش دهند.
۱۸ - عملکرد قلبی - عروقی را تـا سـطح مـطلوب بـهبود بخشید: الف) سرعت، ریتم و کیفیت ضربان اپیکال را بررسی نمایید و آن را با نبض‌های محیطی و فشارخون مقایسه نمایید. از بیمار سؤال کنید که آیا هیچگونه درد قفسه سینه و یا تنگی نفس داشته است یا خیر. ب) پوزیشن بیمار را به طور مکرر تغییر دهید. ج) به حرکت کردن و زود راه‌افتادن بیمار کمک نمایید. د) در صورت دادن دستور، از جوراب‌های ضد آمـبولی و یـا دستگاه‌های فشارنده هوایی استفاده نمایید. ه) در صورت منع نداشتن، تمرینات پا و تمرینات حرکتی را انجام دهید.	اقدامات پیشگیرانه می‌تواند وضعیت گردش خون و بازگشت وریدی را ارتقاء بخشد.
۱۹ - عملکرد عصبی را تا سطح مطلوب بهبود ببخشید.	
الف) سطح هوشیاری، عملکرد حـرکتی و حسـی را بـررسی نمایید.	الف) داروهای بیهوشی و ضد درد می‌توانند عملکرد عصبی را تحت تأثیر قرار دهند.
ب) سطح هـوشیاری و آگـاهی نسـبت بـه زمـان، مکـان و شخص را تعیین نمایید.	ب) مدت بیشتری طول می‌کشد تا بیماران مسن‌تر به سطح مکان‌یابی پیش از عمل خود برسند. داروها این بازگشت را طولانی می‌کنند.
ج) توانایی حرکتی بیمار را با تکان دادن اندام‌های انـتهایی آزمایش کنید.	ج) بیهوشی عملکردهای حسی و حرکتی را مختل می‌کند.
د) وضـعیت حسـی بـیمار را بـا سـؤال کـردن و حس لمس ارزیابی کنید.	

کار

۲۰ – عملکرد کلیوی و ادراری و وضعیت مایع و الکترولیت را به سطح مطلوب ارتقا دهید. میزان جذب و دفع مایع را به منظور پی بردن به احتباس ادراری و الکترولیت‌های سرم بررسی نمایید.

الف) با دادن لگن در فواصل زمانی معین، بیمار را به ادرار کردن تشویق نمایید. به تعداد دفعات، مقدار، سوزش در هنگام ادرار کردن یا احساس ضرورت در ادرارکردن توجه نمایید.

ب) اگر بیمار سوند ادراری دارد آن را کنترل نمایید.

ج) میزان جذب و دفع مایع را اندازه‌گیری نمایید.

۲۱ – عملکرد دستگاه گوارش را تا حد مطلوب ارتقا داده و نیازهای تغذیه‌ای را تأمین نمایید:

الف) شکم را از نظر اتساع، سفتی بررسی کنید. از بیمار در مورد حالت تهوع، استفراغ و جمع‌شدن گاز در روده‌ها سؤال کنید.

ب) صداهای روده‌ای را سمع نمایید.

ج) به بیمار در رعایت رژیم غذایی و دریافت مایعات کمک کنید.

د) در صورت دستور پزشک جهت تهوع و استفراغ به بیمار دارو بدهید.

۲۲ – روند التیام زخم را ارتقا دهید.

الف) وضعیت زخم و درن‌ها را از نظر وجود ترشح بررسی نمایید.

ب) از ضد عفونی کننده‌های جراحی برای تعویض پانسمان و مراقبت از درن استفاده کنیم.

دلیل

داروهای بیهوشی و دستکاری‌های ناشی از جراحی در آن ناحیه ممکن است باعث کاهش موقتی تون مثانه و پاسخ‌دهی آن و در نتیجه احتباس ادراری شود.

تکرر، سوزش و یا ضرورت ادرارکردن ممکن است نشان‌دهنده نقایص مجاری ادراری باشد.

در صورتی که میزان دفع ادرار کمتر از ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت یا ۲۴۰ میلی‌لیتر در ۸ ساعت باشد، باید به پزشک اطلاع داده شود.

جذب و دفع مایع شاخص‌های خوبی از تعادل مایعات می‌باشند.

داروهای بیهوشی و داروهای مخدر عملکرد طبیعی روده و حرکات دودی روده را کاهش می‌دهد. وجود گاز در روده نشان دهندهٔ بازگشت حرکات دودی روده است.

وجود صدا در روده نشان‌دهندهٔ بازگشت حرکات دودی روده است.

بیماران ممکن است بعد از عمل جراحی حالت تهوع داشته باشند و به آنها توصیه می‌شود که به آهستگی به رژیم غذایی قبلی برگردند، با مایعات رقیق‌شده شروع و در صورت تحمل برنامهٔ غذایی را ادامه دهند.

داروهای ضد تهوع مرتباً تجویز می‌شوند تا از حالت تهوع بعد از عمل جراحی بکاهند.

تغییر در تغذیه، گردش خون و وضعیت متابولیک ممکن است بیمار را در معرض عفونت و تأخیر در التیام زخم قرار دهد.

کار	دلیل
ج) تمام سطح پوست را از نظر علایم زخم فشاری مشاهده و جهت به حداقل رساندن شکست و زخم پوست از وسایل مختلف کم کردن فشار استفاده نمایید.	خوابیدن بر روی تخت اطاق عمل در یک پوزیشن می‌تواند بیمار را در معرض خطر تشکیل زخم‌های فشاری قرار دهد. به خصوص بیمارانی که به مدت طولانی بستری بوده‌اند.
۲۳ - برای بیمار راحتی فراهم نموده و درد او را رفع نمایید.	این امر دوره ریکاوری را کوتاه کرده و برگشت به عملکرد طبیعی را تسهیل می‌کند.
الف) از نظر درد بیمار را بررسی نمایید (محل درد، شدت درد با استفاده از مقیاس درد).	کنترل درد بعد از جراحی، راحتی بیمار و ریکاوری وی را تسریع می‌کند.
ب) استراحت و راحتی برای بیمار فراهم نمایید.	بیمار ممکن است پس از عمل جراحی احساس سرما کند.
ج) از داروهای ضد درد در صورت لزوم و سایر روش‌های رفع درد استفاده نمایید.	
۲۴ - نیازهای عاطفی و روانی بیمار را تأمین نمایید:	این کار مراقبت‌های فردی و بازگشت بیمار به وضعیت طبیعی را تسهیل می‌نماید.
الف) در صورت لزوم بیمار و خانواده‌اش را حمایت روانی کنید.	
ب) در صورت نیاز روش جراحی را توضیح داده و در مورد بهبودی پس از عمل به بیمار و خانواده‌اش توضیحاتی را ارائه دهید.	

ثبت

راهنمایی‌ها

زمانی را که بیمار به بخش جراحی از PACU وارد می‌شود را یادداشت کنید. سطح هوشیاری، علائم حیاتی، همه‌ی ارزیابی‌ها، و شرایط پانسمان را ثبت کنید. اگر بیمار اکسیژن، کاتتر وریدی و دیگر تجهیزات را دارد، این اطلاعات را ثبت کنید. ارزیابی درد و مداخلاتی که برای تسکین درد انجام شده است را ثبت کنید، همچنین پاسخ بیمار به این مداخلات. هرگونه آموزش به بیمار که با بیمار تکرار شده است، همچون استفاده از محرک اسپیرومتر را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- علایم حیاتی به طور پیشرونده‌ای در حال افزایش و کاهش است: پزشک را مطلع نمایید. کاهش فزایندهٔ فشارخون یا افزایش تعداد ضربانات قلب نشان‌دهندهٔ خونریزی داخلی است.
- پانسمان تمیز بوده اما حالا مقدار زیادی خون تازه وجود دارد: پانسمان را برندارید. با بانداژ بیشتر پانسمان را فشار دهید. برداشتن بانداژ باعث کنده‌شدن لخته تشکیل شده می‌شود و منجر به خونریزی بیشتر می‌گردد. به پزشک اطلاع دهید.
- بیمار می‌گوید درد داشته و با خوردن دارو نیز رفع نشده است: پس از بررسی کامل درد (محل، نوع، عوامل پیشگیری کننده و عوامل ایجادکننده)، به پزشک اطلاع دهید، درد می‌تواند منجر به سایر مشکلات مانند خونریزی شود.
- بیمار در طی ۱۲ ساعت جراحی *febrile* است: به بیمار در انجام سرفه و تنفس عمیق کمک نمایید. در صورت دستور پزشک، استفاده از اسپیرومتر را برای او شروع نمایید. کنترل علایم حیاتی و نتایج آزمایشگاهی همچون CBC را ادامه دهید.
- میزان دفع ادرار در بیمار کمتر از ۳۰ میلی‌لیتر در ساعت است: به پزشک اطلاع دهید. میزان دفع معیار خوبی برای

پرفیوژن بافتی است. در صورت کاهش فشار خون ممکن است بیمار نیاز به مایع بیشتر یا دارو جهت افزایش فشارخون داشته باشد.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- از نقایص حسی پایه مطلع باشید. مطمئن شوید که اقدامات کمکی از قبیل عینک یا سمعک در دسترس باشند. فقدان وسایل کمکی مناسب ممکن است وضعیت بعد از عمل از قبیل سطح هوشیاری را مختل نماید.
- در بیمارانی که جراحی در ناحیهٔ گلو داشته‌اند (مانند برداشتن لوزه) الگوی بلع را ارزیابی کنید. بیماری که عمل جراحی در ناحیهٔ گلو داشته و به طور متناوب عمل بلع را انجام می‌دهد ممکن است خونریزی از محل برش جراحی داشته باشد.
- در بیماران چاق داروها ممکن است طبق انتظار عمل نکنند که در ارتباط با فقدان پروتئین سرم است که باید با داروها جهت حمایت از اثرات آنها ترکیب شوند. علاوه بر این، به دلیل بزرگتر بودن توده و حجم کلیه در افراد چاق، میزان دفع کلیوی داروهای به خصوصی افزایش یافته و اثرات این داروها کاهش می‌یابد.
- کنترل و اطمینان پیدا کنید که تشک بیماران چاق از کیفیت خوبی برخوردار باشد زیرا این بیماران به دلیل جریان ضعیف عروقی به علت فشار بافت چربی در معرض خطر شکست پوست و اختلال در آن هستند.
- دستورات مکتوب خاص پس از عمل به بیماران داده و ترتیب ملاقات‌های بعدی با جراح و یا سایر اعضای تیم بهداشتی برای هر بیمار تا زمان ترخیص از بیمارستان یا مرکز سرپایی داده شود. بیمار نیازمند داشتن یک مسئول برای همراهی و کمک در خانه بوده و دادن شماره تلفن تماس برای موارد اورژانس ضروری است. بیمار باید آگاه و هوشیار بوده و وضعیت ذهنی و روانی او باید مثل قبل از عمل باشد. علایم حیاتی بیمار باید ثابت باشد. اطلاعاتی مانند علایم و نشانه‌ها جهت گزارش به پزشک، همچنین محدودیت فعالیت و نیازهای تغذیه‌ای باید به بیمار ارائه شود. به بیمار نکات مهم و اساسی را به زبان ساده توضیح دهید.

ملاحظات مربوط به نوزادان وکودکان

- در این گروه سنی، اختلالات بعد از عمل جراحی عمدتاً مرتبط با سیستم تنفسی می‌باشند. پس از بیهوشی عمومی، نوزادان نارس در معرض خطر آپنه (قطع تنفسی) قرار دارند.
- نوزادان و کودکان در معرض خطر عوارض مربوط به درجه حرارت هستند زیرا درجه حرارت بدن آنها می‌تواند به سرعت تغییر کند. ضروری است که پتوهای گرم کننده و سایر تجهیزات گرم کننده به منظور جلوگیری این عوارض، در دسترس باشند.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- در بیماران سالمند، پنومونی پس از عمل می‌تواند از عوارض جدی باشد که منجر به مرگ می‌شود. بنابراین تشویق و کمک به بیمار در استفاده از اسپیرومتر و تمرینات تنفسی عمیق بسیار مهم است.
- بیماران مسن مدت بیشتری طول می‌کشد تا به سطح مطلوب جهت‌یابی خود همانند وضعیت قبل از جراحی برگردند. داروها و مواد بیهوش‌کننده، این بازگشت را طولانی‌تر می‌کنند.

فصل ۶

بهداشت مددجو

مترجم: اشرف‌الملوک معماری

روش کار ۱-۶ حمام‌کردن در تخت

نکات قابل توجه

حمام کردن با دوش و در تخت توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

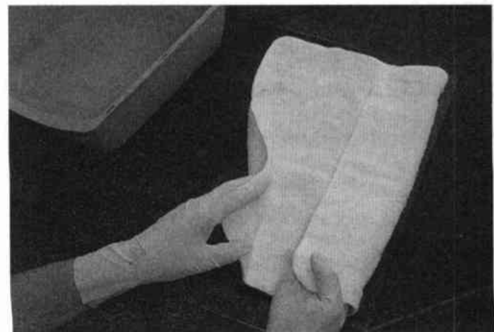
- لگن آب و آب گرم
- وسایل بهداشتی شخصی (دئودرانت، لوسیون و اقلام دیگر)
- مواد تمیزکننده پوست یا صابون
- کیسه لباس‌های کثیف
- دستکش یک بار مصرف یا PPE اضافی در صورت نیاز
- حوله (۲ عدد)
- لیف (۲ عدد)
- پتوی حمام
- گان یا پیژامه
- لگن یا لوله ادرار

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - شرح حال بیمار را بررسی نمایید تا از هرگونه محدودیت فیزیکی او مطلع شوید.	شناسایی محدودیت‌ها از صدمه و ناراحتی بیمار جلوگیری می‌کند.
۲ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم دستکش و یا سایر انواع PPE را بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.

کار	دلیل
۳ – بیمار را شناسایی کنید. روش کار را با بیمار در میان بگذارید و توانایی او را جهت کمک به او در استحمام و همچنین تمایل وی را در رعایت بهداشت شخصی مورد ارزیابی قرار دهید.	شناسایی بیمار این اطمینان را به وجود می‌آورد که بیمار به درستی مداخله را دریافت کرده و اینکه از بروز اشتباهات جلوگیری می‌شود. صحبت با بیمار باعث افزایش اطمینان بیمار و آگاهی او از روش کار می‌شود. گفتگو هم‌چنین مشارکت بیمار را در این امر ترغیب نموده و مراقبت پرستاری فردی را امکان‌پذیر می‌سازد.
۴ – وسایل را بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازماندهی وسایل به اجرای کار کمک می‌کند.
۵ – پرده اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. در صورت لزوم دمای اتاق را تغییر دهید.	این امر خلوت بیمار را فراهم کرده و بیمار در طول استحمام احساس سرما نمی‌کند.
۶ – تخت بیمار را به ارتفاع مناسبی برسانید؛ معمولاً تا ارتفاع آرنج مراقب.	قرار دادن تخت در ارتفاع بالاتر از فشار واردآمدن به کمر پرستار جلوگیری می‌کند.
۷ – براساس دستورالعمل‌های مؤسسه مربوطه وسایل فشار مرحله‌ای و جوراب‌های ضد آمبولی را از اندام تحتانی خارج کنید.	اکثر سازندگان این وسایل و مؤسسات جهت تسهیل ارزیابی توصیه می‌کنند که این وسایل در طول استحمام خارج گردد.
۸ – دستکش‌ها را بپوشید. از بیمار سؤال کنید لوله ادرار یا لگن می‌خواهد.	به علت احتمال تماس با خون یا ترشحات بدن پوشیدن دستکش ضروری است. ادرار یا مدفوع کردن بیمار قبل از حمام احتمال آلوده شدن حمام را کم می‌کند زیرا معمولاً آب گرم موجب تحریک ادارر و یا مدفوع می‌گردد.
۹ – دستکش‌ها را درآورید و بهداشت دست را رعایت کنید.	بهداشت دست از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۰ – دستکش‌ها را بپوشید. نرده کنار تخت، نزدیک خودتان را پایین بیاورید و به بیمار کمک کنید تا به کنار تخت و در کنار شما بیاید. بیمار را در وضعیت به پشت بخوابانید.	قرارگرفتن بیمار در نزدیک پرستار و پایین آوردن نرده کنار تخت از کشش و پیچش غیرضروری عضلات پرستار جلوگیری می‌کند. دستکش از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۱ – کلیه پوشش‌های رویی را شل کنید و تمامی آنها را به جز ملحفه رویی بردارید، پتوی حمام را روی بیمار قرار دهید و سپس ملحفه رویی را در حالی که بیمار پتوی حمام را در دست نگه داشته خارج کنید. در صورتی که بخواهید ملحفه تخت را مجدداً مورد استفاده قرار دهید آن را تا کرده و روی یک صندلی قرار دهید. ملحفه آلوده را در کیسه لباس‌های کثیف قرار دهید. مراقب باشید که از تماس ملحفه با لباستان جلوگیری کنید.	حرکت بیمار و گرمای بدن حفظ می‌گردد. در صورت موجود نبودن پتوی حمام از ملحفه رویی استفاده کنید.

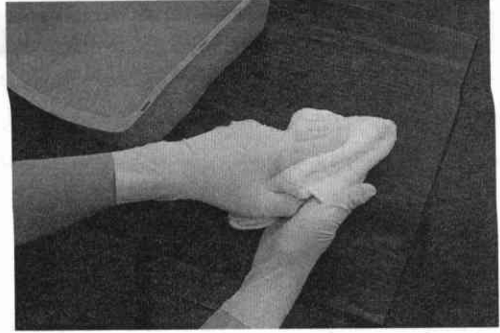
کار	دلیل
۱۲ – گان بیمار را درآورید و پتوی حمام را روی بیمار حفظ کنید. در صورتی که بیمار سرم داشته، سرم را برای لحظه‌ای قطع کنید و ابتدا گان را از طرف بازوی دیگر خارج نمایید. ظرف سرم را پایین آورده و گان را از روی سرم و لوله متصل به آن عبور دهید. بطری را مجدداً آویزان کرده و میزان قطرات سرم را کنترل کنید.	این کار دسترسی به تمامی نواحی بدن در طول حمام‌کردن را تأمین کرده و گرمای بدن بیمار حفظ می‌شود. مایعات درون وریدی باید به میزان تجویز شده وارد بدن بیمار شود.
۱۳ – نرده کنار تخت را بالا بیاورید. لگن را با میزان کافی آب گرم متعادل (۱۲۵°F–۱۲۰–۱۰۰) پر کنید در طول حمام در صورت نیاز آب را عوض کنید. نرده تخت طرف خود را پس از آنکه جهت استحمام دوباره به طرف تخت برگشتید پایین بیاورید.	نرده‌های کنار تخت ایمنی را تأمین می‌کند. تنظیم درجه حرارت آب مابین ۱۰۰ درجه فارنهایت تا کمتر از ۱۲۵ درجه فارنهایت احتمال سوختگی و خشکی پوست را کاهش می‌دهد. دمای پایین‌تری برای اطفال و بالغین بالای ۶۵ سال توصیه می‌گردد. آب گرم برای بیمار، راحت و آرامش‌بخش است. آب گرم هم چنین باعث تحریک جریان خون شده و تمیزی مؤثرتر را امکان‌پذیر می‌سازد.
۱۴ – در صورت نیاز، دستکش بپوشید، پارچه شستشو را مانند دستکش به دو دست خود بپیچید تا از بازشدن انتهای آن جلوگیری شود (شکل ۱، ۲ و ۳).	در صورت تماس با خون یا مایعات بدن پوشیدن دستکش ضروری است. کشیده شدن انتهای باز حوله روی پوست بیمار ناراحت‌کننده است. انتهای بازشده حوله به سرعت سرد می‌شود و باعث احساس سردی در بیمار می‌گردد.
۱۵ – یک حوله را روی سینه بیمار و در بخش فوقانی پتوی حمام قرار دهید.	این کار مانع لرز بیمار شده و پتوی حمام را خشک نگه می‌دارد.
۱۶ – بدون استفاده از صابون با پارچه شستشو، یک چشم را از بخش داخلی به طرف بیرون تمیز کنید، یعنی از نزدیکی بینی به طرف خارج این کار را انجام دهید. پارچه شستشو را قبل از شستن چشم دیگر شسته یا برگردانید (شکل ۴).	صابون باعث تحریک چشم می‌شود. حرکت از بخش داخلی به طرف بیرون چشم از بردن ذرات به طرف مجرای بینی اشکی جلوگیری می‌کند. شستن یا برگرداندن پارچه شستشو از انتقال میکروارگانیسم‌ها از یک چشم به چشم دیگر جلوگیری می‌کند.



شکل ۱. تاکردن پارچه شستشو به صورت سه لایه برای درست‌کردن دستکش حمام.



شکل ۲. صاف‌کردن پارچه شستشو قبل از تاکردن آن به صورت دستکش.



شکل ۳. تا کردن انتهای پارچه و فرو کردن آن در زیر قسمت تا شده.



شکل ۴. آغاز شستشو از گوشه داخلی چشم به طرف بیرون.

کار

۱۷ - صورت، گردن و گوش‌های بیمار را حمام نمایید و در صورت تمایل بیمار، برای صورت از صابون استفاده کنید. از امولوسیون‌های مناسب استفاده کنید.

۱۸ - بازوی دورتر بیمار را لخت کرده، حوله را به صورت طولی در زیر بازو قرار دهید. با استفاده از مالش‌های محکم بازو و زیربغل را شسته و خشک نمایید. بالا آوردن بازو در صورت نیاز باعث دسترسی بهتر بر ناحیه زیربغلی می‌شود (شکل ۵). در صورت نیاز بشویید و خشک کنید. از امولسیون مناسب استفاده کنید.

۱۹ - یک حوله تا شده را روی تخت نزدیک دست بیمار قرار دهید و لگن را روی آن بگذارید. دست بیمار را در لگن خیس نمایید، دست را شسته و خشک نمایید. از امولسیون مناسب استفاده کنید (شکل ۶).

۲۰ - اقدامات شماره ۱۸ و ۱۹ را برای دست نزدیکتر به خودتان تکرار نمایید. پرستار دارای قد کوتاه‌تر یا در معرض درد کمر می‌تواند شستشوی یک طرف بیمار را انجام داده و سپس به سمت دیگر بیمار رفته و شستشو را کامل نماید.

دلیل

استفاده از امولسیون‌ها برای یکپارچگی پوست و برگشت آن توصیه می‌شود.

پهن‌کردن حوله به خشک‌ماندن تخت کمک می‌کند، شستشوی قسمت‌های دورتر در ابتدا از آلوده‌شدن مجدد قسمت‌های نزدیکتر پس از شستشو جلوگیری می‌کند. حرکت یکنواخت همراه با فشار ملایم باعث تحریک جریان خون و عضلات شده و به پاک‌شدن چرک و چربی و میکروارگانیسم‌ها کمک می‌کند ماساژ طولانی و یکنواخت در مقایسه با مالش‌های کوتاه و نامنظم راحتی بیشتری را فراهم می‌کند. در هنگام استفاده از برخی محصولات پاک کننده شستشو لازم است. استفاده از نرم کننده برای حفظ پوست توصیه می‌شود.

قراردادن دست بیمار در لگن آب به راحتی بیشتر بیمار کمک می‌کند، این کار باعث شستشوی کامل دست‌ها و لای انگشتان شده و به زدودن ذرات زیر ناخن کمک می‌کند. استفاده از امولوسیون برای یکپارچگی پوست توصیه می‌شود.



شکل ۵. لخت کردن دست بیمار و شستن آن.



شکل ۶. خیس کردن دست در لگن.

کار

۲۱ – یک حوله را روی سینه بیمار پهن کنید پتوی حمام را پایین بیاورید و به طرف ناحیه ناف بیمار ببرید. سینه بیمار را شسته آبکشی و خشک نمایید. در فاصله بین شستشو، آبکشی، سینه بیمار را با حوله بپوشانید به چین‌های پوست زیر پستان‌های بیمار به دقت توجه نمایید. از یک امولسیون محافظت کننده پوست استفاده کنید.

۲۲ – پتوی حمام را تا ناحیه پرینه پایین بکشید. حوله را روی سینه بیمار قرار دهید.

۲۳ – شکم بیمار را شسته آبکشی کرده و در صورت لزوم خشک کنید (شکل ۷) ناحیه نافی را با دقت بررسی و تمیز کنید و هرگونه لایه غیرچروک شکم را نیز تمیز کنید. از یک امولسیون محافظت کننده پوست استفاده کنید.

۲۴ – پتوی حمام را به وضعیت اصلی برگردانید و پای دورتر را عریان کنید. حوله را زیر پای عریان قرار دهید با استفاده از مالش‌های محکم، پای بیمار را از مچ پا به طرف زانو و از زانو به طرف کشاله ران شسته، آبکشی کرده و خشک کنید (شکل ۸). از امولسیون مناسب استفاده کنید.

۲۵ – با توجه ویژه به ناحیه بین انگشتان پا، پا را شسته، آبکشی کرده و در صورت لزوم خشک کنید. از امولسیون مناسب استفاده کنید.

۲۶ – اقدامات روش کار ۲۴ و ۲۵ را برای بخش‌های بالایی و پایینی پای دیگر نیز انجام دهید.

دلیل

شستن، آبکشی و خشک‌کردن مرحله‌ای قسمت‌های بدن از عریان ماندن و لرزکردن غیرضروری بیمار جلوگیری می‌کند، ناحیه دارای چین‌های پوستی می‌تواند در صورت عدم تمیزکردن و خشک‌کردن کامل منبع بو و ترک‌خوردن پوست باشد. استفاده از امولسیون‌ها برای محافظت و صافی پوست توصیه می‌شود.

نگهداری پتوی حمام و حوله در جای خود از لخت‌ماندن بدن بیمار و لرز او جلوگیری می‌کند.

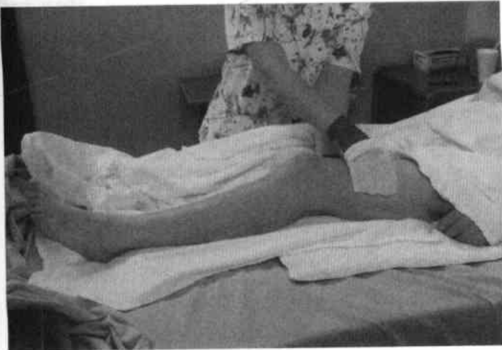
ناحیه چین‌های پوستی می‌تواند در صورت عدم تمیزشدن و خشک شدن کامل منبع بو و ترک خوردن پوست شود. استفاده از امولسیون‌ها برای محافظت و صافی پوست توصیه می‌شود.

حوله از خیس‌شدن ملحفه تخت محافظت کرده و از احساس ناراحتی بیمار در اثر وجود رطوبت و خیس‌شدن تخت جلوگیری می‌کند. شستشو از مچ به طرف کشاله ران با مالش‌های محکم برگشت جریان خون را بهبود می‌بخشد. استفاده از امولسیون‌ها برای برگشت و حفظ تمامیت پوست توصیه شده است.

خشک‌کردن پا جهت پیشگیری از تحریک، ترک خوردن پوست و عفونت، مهم است. استفاده از امولسیون‌ها برای برگشت و حفظ تمامیت پوست توصیه شده است.



شکل ۷. شستن شکم، با پوشاندن نواحی پرینه و سینه.



شکل ۸. شستن و خشک‌کردن پای دورتر، پوشاندن پای دیگر.

کار	دلیل
۲۷ - اطمینان حاصل نمایید که روی بیمار توسط پتوی حمام پوشانیده شده است. در صورت نیاز در این مرحله یا قبل از آن آب و پارچه شستشو را تعویض کنید.	پتوی حمام گرما و خلوت بیمار را حفظ می‌کند. آب گرم از لرزش بیمار جلوگیری کرده و موجبات راحتی بیمار را فراهم می‌آورد.
۲۸ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت به پهلو قرار گیرد. دستکش بپوشید (اگر قبلاً استفاده نکرده‌اید)، پتوی حمام و حوله را به نحوی قرار دهید که تنها پشت و باسن مشخص باشد.	قراردادن حوله و پتوی حمام خلوت بیمار را حفظ کرده و او را گرم نگه می‌دارد. دستکش‌ها از تماس با ترشحات بدن جلوگیری می‌کنند.
۲۹ - ناحیه پشت و باسن بیمار را در صورت لزوم شسته، آبکشی کرده و خشک کنید (شکل ۹). در تمیزکردن چین‌های بین باسن توجه مخصوص به عمل آید و وجود هرگونه علامت قرمزی یا ترک پوستی را در این ناحیه بررسی کنید.	مواد دفع شده نزدیک مقعد می‌تواند منبع میکروارگانیسم‌ها باشد فشار طولانی‌مدت روی ناحیه ساکرال یا سایر نقاط برجسته ممکن است جریان خون را کاهش داده و منجر به تشکیل زخم فشاری (decubitus ulcer) می‌گردد.



شکل ۹. شستشوی پشت.

کار	دلیل
۳۰ – در صورت عدم ممنوعیت بیمار را ماساژ دهید. ممکن است ماساژ هم چنین بعد از مراقبت از ناحیه پرینه باشد. از یک امولسیون مناسب و/یا محصولات محافظت کننده پوست استفاده کنید.	ماساژ پشت جریان خون به طرف بافت‌ها را بهبود بخشیده و به آرامش کمک می‌کند. در بیمارانی که مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بوده یا صدمات عضلانی استخوانی دارند، ماساژ پشت تجویز نمی‌شود. استفاده از امولسیون‌ها برای بازگشت و حفظ تمامیت پوست توصیه شده است. مواد محافظت‌کننده از پوست، از آسیب پوست به واسطه مواجهه گسترده با آب و مواد تحریکی از قبیل ادرار و مدفوع جلوگیری می‌کنند.
۳۱ – نرده کنار تخت را بالا بیاورید، لگن را مجدداً از آب تمیز پر کنید، پارچه شستشو و حوله را کنار بگذارید. دستکش‌ها را خارج کنید و دستکش تمیز بپوشید.	پارچه شستشو و حوله و آب پس از شستشوی ناحیه گلوتئال آلوده می‌شوند. تعویض آب و وسایل مورد استفاده از گسترش ارگانیسم‌ها از ناحیه مقعدی به ناحیه واژن جلوگیری می‌کند.
۳۲ – ناحیه پرینه را تمیز کنید یا بیمار را در وضعیتی قرار دهید که بتواند خود این کار را انجام دهد. اگر بیمار قادر نیست، میله کنار تخت را پایین بیاورید و مراقبت از ناحیه پرینه را کامل کنید. میله کنار تخت را بالا بکشید. دستکش‌ها را خارج کنید و بهداشت دست را رعایت کنید.	مراقبت خود بیمار از ناحیه پرینه می‌تواند از خجالت بیمار بکاهد. مراقبت مؤثر از ناحیه پرینه بو را کاهش داده و از ریسک عفونت از طریق آلودگی می‌کاهد. محافظت‌کننده‌های پوست از آسیب پوست به واسطه مواجهه گسترده با آب و مواد تحریکی از قبیل ادرار و مدفوع جلوگیری می‌کنند.
۳۳ – به بیمار کمک کنید که یک گان تمیز بپوشد و به او در استفاده از سایر وسایل بهداشتی شخصی نظیر دئودرانت یا آرایشی کمک کنید.	پوشانیدن لباس باعث حفظ گرمی و راحتی بیمار می‌شود.
۳۴ – بالش را با حوله بپوشانید و موی بیمار را برس بکشید. ۳۵ – پس از اتمام کار مطمئن شوید که بیمار راحت است. نرده‌های کنار تخت بالا باشند و تخت در پایین‌ترین وضعیت خود قرار گیرد.	وضعیت‌دهی مناسب بیمار به همراه بالابردن نرده‌های کنار تخت و تنظیم مناسب ارتفاع تخت برای بیمار آسایش و امنیت را تأمین می‌کند.
۳۶ – ملحفه‌های تخت را همانند مندرجات روش کار ۵-۶ یا ۴-۶ تعویض نمایید، دستکش‌ها و سایر PPEها را خارج کنید و بهداشت دست را رعایت نمایید. قبل از قرار دادن لگن حمام در محل نگهداری آن طبق دستورالعمل تمیز کنید. ملحفه‌های آلوده را بنابر سیاست مؤسسه کنار بگذارید.	آماده کردن ملحفه‌ها و تمیز کردن لگن حمام احتمال انتقال میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد. درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتقال عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی ها

هرگونه مشاهدات و ارتباطات مهم جدول را ثبت کنید. شرایط پوست بیمار را یادداشت کنید. پروسه و میزان تجهیزات و همکاری بیمار را ثبت کنید. اقدامات و مراقبت پوستی، همچون محافظ پوستی را یادداشت کنید.

وضعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار در طول حمام کردن لرز می‌کند: در صورتی که درجه حرارت اتاق قابل تنظیم است، درجه حرارت اتاق را افزایش دهید و هم چنین ممکن است نیاز به استفاده از پتوی دیگری باشد.
- در طول حمام کردن بیمار حالت غیرثابت پیدا می‌کند: بیمارانی که به بیماری شدیدی مبتلا هستند غالباً باید مرحله به مرحله حمام شوند به عنوان مثال بازوی راست شسته می‌شود و سپس بیمار اجازه دارد که قبل از شستشوی بازوی چپ مدت کوتاهی استراحت کند. میزان مدت استراحت مورد نیاز بستگی به وضعیت غیرثابت بیمار دارد که پارامترهای آن زیر نظر قرار می‌گیرد، در صورتی که فشار خون هنگام تحریک بیمار افت نماید، پرستار می‌تواند هنگام حمام‌کردن بیمار مراقب فشارخون بوده و هنگام کاهش آن شستشو را متوقف نماید. هنگامی که فشارخون به سطح قبلی خود بازگشت پرستار می‌تواند مجدداً حمام کردن را آغاز نماید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- برای بیرون‌آوردن گان بیمار که خط وریدی دارد، گان را ابتدا از بازویی که آزاد است بیرون بیاورید و سپس لوله IV و بطری را از طریق آستین گان بیرون بیاورید. برای عوض کردن گان، ابتدا آستین گان تمیز را در روی بازوی آزاد بکشید و سپس لوله IV و بطری را از درون گان به سوی طرف درگیر بکشید. هرگز برای عوض‌کردن گان لوله IV را قطع نکنید زیرا این کار باعث بروز خدشه در سیستم استریل شده و می‌تواند باعث ایجاد عفونت شود.
- درازکشیدن بر روی تخت در طول حمام روی تخت ممکن است در مورد برخی از بیماران تجویز نشود. برای تأمین نیازهای بیماران، وضعیت بیمار ممکن است نیاز به تغییر داشته باشد.
- بیمارانی که بی‌اختیاری دارند نیازمند توجه بیشتر برای مراقبت از پرینه هستند. بیماران مبتلا به بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع در معرض ریسک تخریب پوست ناحیه پرینه هستند. این تخریب مربوط به رطوبت، تغییر در pH پوست، رشد بیش از حد باکتری و عفونت پوست و فرسایش پوست پرینه در اثر اصطکاک بر روی پوست مرطوب است. مراقبت از پوست برای این بیماران باید شامل مواردی باشد که از رطوبت بیش از حد (تماس بیش از حد با رطوبت) جلوگیری کرده، تماس با آمونیاک و باکتری‌ها و اصطکاک را کاهش دهد. در طول مدت تمیزکردن منظم، آلودگی و تحریک کننده‌ها را از پوست بردارید و زمانی که پوست در معرض تحریک کننده‌ها قرار می‌گیرد آن را تمیز کنید. از صابون استفاده نکرده و از به کاربردن فشار زیاد برای تمیزکردن خودداری نمایید. استفاده از تمیزکننده‌های پوست پرینه، مرطوب کننده‌ها و مواد جلوگیری کننده رطوبت برای مراقبت پوست بیماران با بی‌اختیاری توصیه می‌شود.
- اگر بیمار سوند دارد از یک صابون ملایم و آب و یا پاک کننده به خصوص پرینه، برای تمیز نمودن پرینه استفاده کنید. بعد از تمیز کردن از پودر یا لوسیون استفاده نکنید. برای تمیز کردن از پاک کننده‌های آنتی‌بیوتیک و ضد باکتری یا بتادین در ناحیه ادراری استفاده نکنید. دستورالعمل‌ها گاهی استفاده از یک عامل تمیز کننده ضد عفونی یا آب و صابون معمولی را توصیه می‌کنند. قبل از تمیز کردن سوند، دستکش بپوشید. مقدار ۸-۶ اینچ از سوند را تمیز کنید و از مجرای خروج ادرار به طرف پایین حرکت کنید. مراقبت باشید که در طول تمیز کردن سوند کشیده نشود. محل مجرا را با دقت بررسی کنید که تخلیه حتماً انجام شود و به رنگ و شفافیت ادرار دقت کنید.
- ثابت شده است که استفاده از کلرهگزیدین گلوکونات در حمام کردن موجب کاهش کلونی‌های بیماریزای پوست می‌گردد و در بیشتر دستورالعمل‌ها جزء بهداشت پوست می‌باشد. کلرهگزیدین را می‌توان به آب حمام اضافه کرد ولی بهتر است که آن را با لیف حمام استفاده کنید. کلرهگزیدین می‌تواند برای کنترل عفونت‌های بیمارستانی استفاده شود.
- اگر لوسیون استفاده می‌کنید، قبل از مصرف آن را در دست خود گرم کنید این کار باعث می‌شود که بیمار با محلول سرد

تماس پیدا نکند.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- هنگام تمیزکردن نوزاد یا کودک با سن کم مواد لازم را در دسترس خود قرار دهید و در تمامی مدت بچه را حفظ و مراقبت کرده تا از سلامتی وی اطمینان حاصل نمایید.
- هرگز بچه را تنها نگذارید.

ملاحظات بزرگسالان

- درجه حرارت آب را قبل از شستشوی یک بیمار مسن‌تر به دقت کنترل کنید زیرا حساسیت به درجه حرارت ممکن است اشخاص مسن را دچار اختلال نماید.
- بیمار مسن و دارای اختیار ممکن است نیاز به حمام کامل روی تخت با آب و صابون در هر روز نداشته باشد. در صورتی که خشکی پوست یک مشکل باشد می‌توان از آب و لوسیون پوست یا روغن حمام به صورت یک روز در میان استفاده کرد.

ملاحظات مراقبت در منزل

- امنیت محیط حمام در خانه را ارزیابی نمایید. زیرپایی‌های درون وان، نوارهای چسب، دستگیره‌ها و صندلی‌های زیر دوش می‌تواند از سقوط بیمار جلوگیری کند.
- از یک کیسه پلاستیکی زباله یا پرده دوش پلاستیکی برای محافظت از تشک هنگام حمام گرفتن یا شامپو کردن بیمار در تخت‌خواب استفاده نمایید. لیف‌های یکبار مصرف نیز می‌تواند یک گزینه به حساب آید. یک ظرف پلاستیکی بزرگ یا وان حمام کودک را می‌توان به صورت مؤثر به عنوان ظرف شامپوکردن استفاده کرد.
- در صورتی که ملحفه‌ها با خون یا مایعات بدن آلوده شده باشند، از اعضای خانواده بخواهید که هنگام جابه‌جا کردن آنها دستکش بپوشند. آنها را باید ابتدا با آب سرد آبکشی کرد و سپس به صورت جداگانه از سایر وسایل منزل شست و برای این کار باید از آب داغ، پودر شستشو و سفیدکننده استفاده کرد.
- به اعضای خانواده یا مراقبان آموزش دهید که چگونه اقدامات آرامش‌بخش نظیر ماساژ پشت را انجام دهند.
- مراقبان یا بیماران را در منزل آموزش دهید که چگونه با داشتن سوند indwelling مجرای ادراری را شستشو داده و ناحیه پرینه را دو بار در روز با آب و صابون بشویند.
- به بیمار آموزش دهید ناحیه مقعدی را بعد از هر اجابت مزاج تمیز کند. شستن با دقت دست‌ها ضروری است.

روش کار ۲-۶ کمک به بیمار جهت مراقبت از دهان

نکات قابل توجه

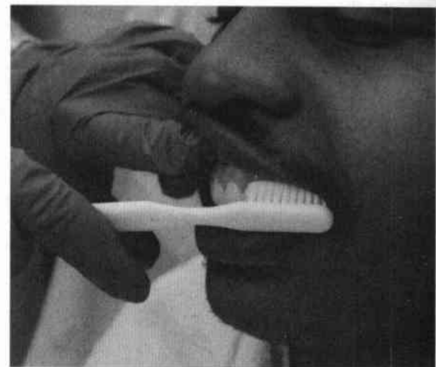
مراقبت از دهان بیمار می‌تواند توسط پرستار مجاز انجام گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

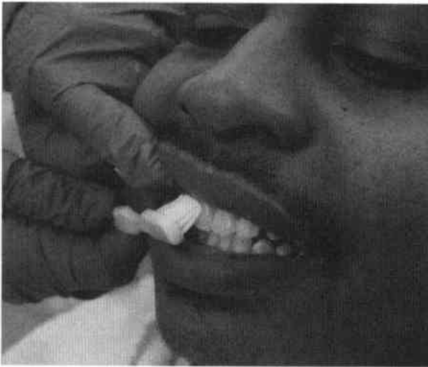
- مسواک
- رسیور
- نخ دندان
- حوله
- حوله یا دستمال کاغذی
- سایر وسایل محافظتی (PPEs)، در صورت لزوم
- خمیردندان
- لیوان با آب خنک
- دستکش یک بار مصرف
- مایع دهانشویه (اختیاری)
- وازلین (اختیاری)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - بهداشت دست‌ها را رعایت کنید و اگر مراقبت دهانی انجام می‌دهید، دستکش بپوشید یا از سایر PPEها استفاده نمایید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش جلوگیری از انتقال عفونت انتخاب می‌شود.
۲ - بیمار را شناسایی کنید، روش کار را برای بیمار توضیح دهید.	شناسایی بیمار این اطمینان را به وجود می‌آورد که بیمار به درستی مداخله را دریافت کرده و اینکه از بروز اشتباهات جلوگیری می‌کند. توضیح باعث همکاری بهتر بیمار می‌شود.
۳ - وسایل را روی میز بالای تخت و در دسترس بیمار قرار دهید.	سازماندهی باعث تسهیل کار می‌شود.
۴ - درب اتاق را بسته یا پرده اطراف تخت را بکشید. تخت را در ارتفاع مناسب برای کارکردن قرار دهید که معمولاً در سطح آرنج پرستار است.	بستن درب یا پرده اطراف تخت خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. ارتفاع مناسب تخت کمک می‌کند که در حین انجام کار، کشیدگی عضلات کمر به حداقل برسد.
۵ - نرده کنار تخت را پایین آورده و در صورت مجازبودن به بیمار کمک کنید، بنشینید یا اینکه او را به یک طرف بغلطانید. حوله را روی سینه بیمار قرار دهید.	حالت نشسته یا درازکشیدن به پهلو از واردشدن مایعات به درون ریه‌ها جلوگیری می‌کند. حوله بیمار را از رطوبت محافظت می‌کند.
۶ - بیمار را تشویق کنید که دندان‌هایش را شخصاً مسواک نماید یا در صورت نیاز به او کمک کنید.	
الف) مسواک را مرطوب کنید و خمیر دندان روی آن بگذارید.	آب باعث نرمی موهای مسواک می‌شود.



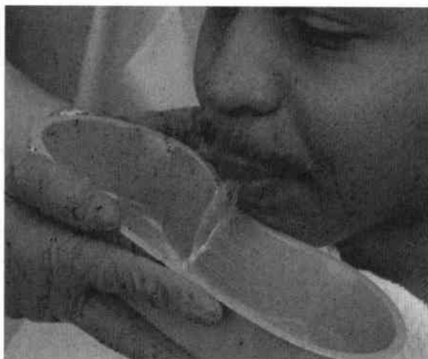
شکل ۱. قرار دادن مسواک با زاویه ۴۵ درجه بر روی خط لثه‌ها.



شکل ۲. مسواک‌زدن از خط لثه‌ها به طرف تاج هر یک از دندان‌ها.



شکل ۳. مسواک‌زدن زبان.



شکل ۴. نگه داشتن رسیور برای شستشو و خروج آب دهان بیمار.

ب) مسواک را با زاویه ۴۵ درجه روی خط لثه‌ها قرار داده (شکل ۱) و از خط لثه به طرف تاج هر یک از دندان‌ها مسواک نمایید (شکل ۲). سطوح خارجی و داخلی را مسواک نمایید. مسواک را به صورت عقب و جلو کردن روی سطح فوقانی هر یک از دندان‌ها بکشید.

این کار برداشتن پلاک‌ها و جرم را تسهیل می‌نماید. زاویه ۴۵ درجه مسواک‌زدن، تمیزکردن کلیه سطوح دندان را امکان‌پذیر می‌سازد.

ج) زبان را به آرامی با یک مسواک دندان، مسواک کنید (شکل ۳).

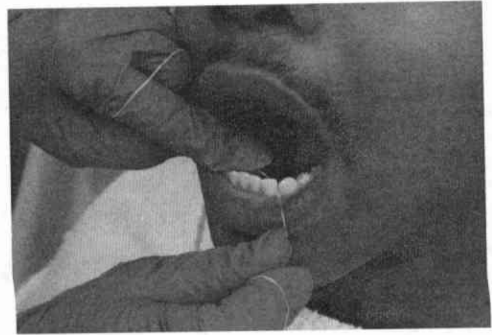
این کار لایه ایجاد شده روی زبان را از بین می‌برد. حرکت آرام مسواک باعث ایجاد تحریک رفلکس گگ نمی‌شود.

د) از بیمار بخواهید که با آب، دهان خود را به خوبی شستشو داده و به داخل رسیور تخلیه کند (شکل ۴). این کار را تا صاف‌شدن آب دهان تکرار کند. می‌توان از ساکشن به عنوان یک جایگزین برای تخلیه مایع و ترشحات دهان استفاده کرد.

چرخش آب در دهان به از بین بردن ذرات کمک می‌کند. در صورتی که بیمار فاقد رفلکس بلع یا اختلال در آن باشد استفاده از ساکشن مناسب است.

۷ – در صورت نیاز به بیمار کمک کنید که از نخ دندان استفاده کند.

نخ دندان به برداشتن پلاک‌های دندان کمک کرده و سلامتی بافت لثه را تأمین می‌نماید.



شکل ۵. کشیدن نخ دندان

کار

الف) تقریباً ۶ اینچ از ظرف محتوی نخ دندان بردارید یا از یک نگه دارنده نخ دندان استفاده کنید. نخ دندان را به دور انگشت اشاره بپیچید. در حدود ۱/۵-۱ اینچ از نخ دندان را محکم بین انگشتان بکشید.

دلیل: نخ دندان باید کشیده و سفت باشد تا بین دندان‌ها قرار گیرد.

ب) نخ دندان را به آرامی بین دندان‌ها قرار دهید، آن را به پشت و جلوی بخش پایینی لثه‌ها حرکت دهید.

دلیل: در صورتی که نخ دندان بین دندان‌ها فشار وارد آورد باعث صدمه به لثه‌ها می‌شود.

ج) نخ دندان را ابتدا به روی یک طرف دندان از بالا و پایین و سپس به طرف دیگر دندان‌ها حرکت دهید تا تمام سطوح تمیز گردد (شکل ۵). فضاهای بین تمام دندان‌ها را تکرار کنید.

دلیل: این کار باعث تمیزشدن تمام جهات دندان‌ها می‌شود.

د) به بیمار آموزش دهید که بعد از کشیدن نخ دندان به خوبی دهان را با آب بشوید.

دلیل: شستشوی کامل به برداشتن ذرات غذا و پلاک‌هایی که به واسطهٔ کشیدن نخ دندان آزاد شده است کمک می‌کند.

۸ – در صورت ترجیح بیمار، مایع دهانشویه در اختیار بیمار قرار دهید.

دلیل: محلول شستشوی دهان طعم خوشایندی به دهان می‌بخشد.

۹ – در صورت نیاز روی لب‌ها وازلین بمالید.

دلیل: نرم‌کننده‌های لب، لب‌ها را نرم کرده و از خشکی آن جلوگیری می‌کند.

۱۰ – وسایل را جمع کرده، دستکش‌ها را خارج کنید و نرده کنار تخت را بالا بکشید و پشت تخت را پایین بیاورید. به بیمار کمک کنید که در وضعیت راحت قرار گیرد.

دلیل: خارج کردن دستکش‌ها به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. این اعمال راحتی و ایمنی بیمار را تأمین می‌کند.

۱۱ – بهداشت دست‌ها را رعایت کنید. هرگونه PPE را در صورت استفاده، خارج نمایید.

دلیل: خارج‌کردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی دهانی، مشاهدات مهم و یافته‌های غیر طبیعی، همچون خونریزی یا التهاب را گزارش کنید. هرگونه آموزش داده شده را

یادداشت کنید. فرآیند و پاسخ بیمار را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- در هنگام تمیز کردن دندان‌ها، شما متوجه مقدار زیادی خونریزی از خط لثه می‌شوید: مسواک‌زدن را متوقف کنید. اجازه بدهید بیمار به آرامی دهان را با آب بشوید و در داخل رسیور تخلیه نماید. قبل از مسواک‌زدن مجدد، سطح پلاکت را کنترل کنید. استفاده از Toothette برای تأمین بهداشت دهان را مورد بررسی قرار می‌دهد.
- بیمار بریس روی دندان‌ها دارد: بایستی کاملاً مسواک زده شود زیرا ذرات غذا در میان بریس جمع می‌شود.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- حتی اگر بیمار دندان نداشته یا دندان‌های کمی دارد، از مسواک زبر با سر کوچک استفاده کنید. این تنها راه مؤثر برای برداشتن پلاک و دبریس از دندان‌ها، لثه‌ها و زبان می‌باشد.
- بیماری که داروهای شیمی‌درمانی مصرف می‌کند ممکن است لثه‌های خونریزی دهنده و غشای مخاطی بسیار حساس داشته باشد. از یک Toothette نرم و اسفنجی و آب نمک برای تمیزکردن دندان استفاده کنید (نصف یک قاشق چای‌خوری نمک را در یک فنجان از آب گرم حل نمایید).
- استفاده از مسواک‌های اتوماتیک برقی و باطری‌دار آسان است و به همان خوبی مسواک دستی باقی ماند. غذا و پلاک دندان‌ها را پاک می‌کنند. این وسایل برای بیمارانی که آرتریت یا هر بیماری که استفاده از مسواک دستی برای او مشکل است بسیار مؤثر است.
- از کلرهگزیدین گلوکونات در بهداشت دهان استفاده می‌شود و به صورت اسپری دهانی یا ژل خمیر دندان در دسترس است و ثابت شده است که استفاده از آن در بهداشت دهان اساسی و همیشگی می‌باشد.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- وقتی در مراقبت از دهان کودکان همکاری می‌کنید در صورتی که کودک نمی‌تواند آب دهان را خارج کند از خمیر دندان‌های حاوی فلوراید استفاده نکنید. مقدار زیادی از فلوراید بلع شده می‌تواند منجر به تغییر رنگ دندان‌ها شود.
- بهداشت دهان بایستی بلافاصله بعد از درآمدن دندان‌ها در نوزادان آغاز گردد. دندان‌ها و لثه‌ها بایستی با مالش یک پارچه مرطوب تمیز شوند. وقتی نوزاد دندان‌های بیشتری در آورد، یک مسواک کوچک می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. برای تمیز کردن دندان‌های نوزاد بایستی از آب و نه خمیر دندان استفاده کرد.

روش کار ۳-۶ مراقبت از دهان جهت بیمارانی که قادر به حرکت نیستند

نکات قابل توجه

مراقبت از دهان جهت بیمارانی که قادر به حرکت نیستند توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- مسواک
- رسیور (لگن)
- پارچه شستشو یا دستمال کاغذی
- سوند ساکشن با دستگاه ساکشن (اختیاری)
- حوله
- نخ دندان (اختیاری)
- وسایل تمیزکنندهٔ دندان مصنوعی (در صورت لزوم)
- تمیزکننده دندان مصنوعی
- چوب زبان که با گاز ۴×۴ پوشانیده شده است
- خمیردندان
- لیوان و آب خنک
- سرنگ شستشوی با سر لاستیکی (اختیاری)
- دستکش یکبار مصرف
- مایع دهانشویه (اختیاری)
- نرم کننده لب (اختیاری)
- ظرف دندان مصنوعی
- گاز ۴×۴
- PPE اضافی، در موارد لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - بهداشت دست‌ها را رعایت کنید و در صورت لزوم از PPE استفاده کنید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت، انتخاب می‌شود.
۲ - بیمار را شناسایی کنید، روش کار را برای بیمار توضیح دهید.	شناسایی بیمار این اطمینان را به وجود می‌آورد که بیمار به درستی مداخله را دریافت کرده و اینکه از بروز اشتباهات جلوگیری می‌کند. توضیح باعث همکاری بهتر بیمار می‌شود.
۳ - وسایل را روی میز بالای تخت در دسترس قرار دهید.	سازماندهی انجام کار را تسهیل می‌نماید.
۴ - درب اتاق یا پرده کنار تخت را ببندید. ارتفاع تخت را تا میزان مناسب برای انجام کار که معمولاً در سطح آرنج پرستار است، تنظیم کنید. نرده یک طرف تخت را پایین آورده و سر بیمار را به پهلو قرار دهید. حوله را روی قفسه سینه قرار داده و رسیور را زیر چانه بیمار بگذارید. دستکش بپوشید.	دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. تمیزکردن دهان یک روش تهاجمی بوده و ممکن است آزاردهنده باشد. بستن درب یا پرده کنار تخت، خلوت بیمار را فراهم می‌کند. ارتفاع مناسب تخت از واردشدن فشار به کمر در حین انجام کار می‌کاهد. خوابانیدن بیمار به پهلو و پایین‌آوردن سر بیمار از ورود مایع به داخل ریه (آسپیره‌کردن) جلوگیری می‌کند. حوله و رسیور از خیس‌شدن بیمار جلوگیری می‌کنند.



شکل ۱. مسواک‌کردن دندان‌های بیمار، با دقت.

کار

۵ – دهان بیمار را با اعمال فشار به فک پایین، باز کرده دندان‌ها و لثه‌ها را به دقت با مسواک و خمیردندان مسواک بزنید (شکل ۱). زبان را به آرامی مسواک بزنید.

دلیل

این کار برای تمیزکردن پلاک‌های دندانی و جرم دندان‌ها ضروری است.

۶ – از چوب زبانی که دور آن گاز پیچیده شده است و آغشته به محلول دهانشویه می‌باشد استفاده کرده و حفره دهان را تمیز کنید. در صورت تمایل سر لاستیکی سرنگ شستشو را داخل دهان بیمار قرار داده و به آرامی با مقدار کمی آب بشویید (شکل ۲). سر بیمار را طوری قرار دهید که بازگشت آب از دهان میسر گردد و یا برای خروج آب از حفرهٔ دهان از دستگاه ساکشن استفاده کنید (شکل ۳).

شستشو باعث تمیزشدن ذرات داخل دهان می‌شود. استفاده از فشار زیاد محلول برای شستشو ممکن است باعث آسپیراسیون گردد.



شکل ۲. استفاده از سرنگ شستشو با استفاده از مقدار کمی آب برای شستشوی دهان.



شکل ۳. استفاده از ساکشن برای خارج‌کردن مایع اضافی.

۷ – قبل از جای گذاری دندان مصنوعی آنها را بشوئید.

شستشوی دندان مصنوعی و حفره‌ی دهان، پلاک‌ها می‌توانند روی دندان مصنوعی تجمع کنند و موجب کلوتیراسیون پاتوژنز در اورو فارنژیال شود.

کار	دلیل
۸ – روی لب‌های بیمار نرم‌کننده (وازلین) بمالید.	این عمل از خشک‌شدن و ترک‌خوردگی لب‌ها جلوگیری می‌کند.
۹ – وسایل را جمع کرده و بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید. نرده کنار تخت را پایین آورده، دستکش‌ها را خارج کنید.	راحتی و ایمنی بیمار را فراهم نمایید. درآوردن دستکش‌ها از انتشار عفونت و آلودگی جلوگیری می‌کند.
۱۰ – PPE اضافی را در صورت استفاده، درآوَرید. بهداشت دست‌ها را رعایت کنید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتقال عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌گردد.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی دهانی، مشاهدات مهم و یافته‌های غیرطبیعی همچون خونریزی یا التهاب را گزارش کنید. هرگونه آموزش داده شده را یادداشت کنید. فرآیند و پاسخ بیمار را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار شروع به گازگرفتن چوب زبان پیچیده شده با پد می‌کند: چوب زبان را یک باره از دهان بیرون بکشید و منتظر بمانید که دهان بیمار استراحت کند و بعد مراقبت از دهان را ادامه دهید.
- دهان بیمار خیلی خشک است و بعد از مراقبت دهان دلمه‌ها هم چنان باقی است: افزایش دفعات بهداشت دهان و هم چنین استفاده از مرطوب کننده‌های دهان مناسب است.

ملاحظات خاص

- در بیمارانی که قادر به بلع نیستند می‌توان از مسواک‌های ساکشن‌دار استفاده نمود.
- بیمارانی که از داروهای شیمی‌درمانی استفاده می‌کنند ممکن است لثه‌های خون‌ریزی‌دهنده و غشاء مخاطی بسیار حساس داشته باشند. استفاده از دندان‌گیر اسفنجی برای تمیزکردن و یا استفاده از آب و نمک ($\frac{1}{2}$ قاشق چایخوری در یک فنجان آب گرم) برای مسواک‌کردن دندان‌ها مناسب است.
- حتی اگر بیمار دندان نداشته و یا دندان‌های اندکی دارد، از یک مسواک نرم با سر کوچک استفاده نمایید. این تنها راه مؤثر برای خارج‌کردن پلاک و دبریس از دندان‌ها، لثه‌ها و زبان می‌باشد.

روش کار ۴-۶ آماده کردن تخت بدون بیمار

نکات قابل توجه

آماده کردن تخت بدون بیمار توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- یک ملحفه مسطح بزرگ
- ملحفه تخت
- پتو
- سبد یا کیسه ملحفه‌های کثیف
- پد محافظ ضد آب (اختیاری)
- ملحفه شمعی (دروشیت) [اختیاری]
- روتختی
- روبالشی
- صندلی کنار تخت
- دستکش‌های یک بار مصرف (جهت استفاده برای ملحفه‌های آلوده)
- وسایل محافظتی شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – بهداشت دست را انجام دهید. در صورت لزوم PPE بپوشید.	شستن دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتقال عفونت انتخاب می‌شود.
۲ – روش کار را برای بیمار توضیح دهید.	توضیح به بیمار باعث همکاری بهتر وی می‌شود.
۳ – وسایل را روی میز بالای تخت و در دسترس بیمار قرار دهید.	قرار دادن وسایل در دسترس سبب صرفه‌جویی در وقت و جلوگیری از کشش و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.
۴ – تخت بیمار را بالا بیاورید و نرده‌های کنار تخت را پایین بیاورید. معمولاً تا ارتفاع آرنج پرستار.	بالاآوردن تخت و پایین آوردن نرده‌های کنار تخت از فشار وارد بر پشت پرستار در هنگام کار می‌کاهد. پایین آوردن نرده‌های کنار تخت، از فشار و کشیدگی پرستار حین انجام کار می‌کاهد.
۵ – زنگ اخبار یا هرگونه لوله‌ای را از ملحفه‌ها جدا کنید.	جدا کردن وسایل باعث جلوگیری از خرابی دستگاه و صدمه به بیمار می‌شود.
۶ – در صورتی که ملحفه‌ها آلوده هستند، دستکش‌ها را بپوشید. ضمن حرکت در اطراف تخت تمام ملحفه‌ها را از بالای تخت تا نزدیک خود شل کنید.	پوشیدن دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. شل‌کردن ملحفه‌های تخت از کشیده شدن و پاره‌شدن ملحفه‌ها جلوگیری می‌کند. شل‌کردن ملحفه‌ها و چرخش در دور تخت به صورت منظم از فشار وارد بر پرستار در اثر خم‌شدن روی تخت می‌کاهد.

کار

۷ – پوشش‌های قابل استفاده نظیر ملحفه‌ها، پتوها یا روتختی را در همان روی تخت چهار تا کرده و آن را روی یک صندلی تمیز بگذارید.

دلیل

تاکردن باعث صرفه‌جویی در زمان و انرژی، برای تعویض آنها در تخت می‌شود. تاکردن ملحفه‌ها وقتی مددجو روی تخت قرار دارد، باعث کاهش کشیدگی دست‌های پرستار می‌شود. برخی مؤسسات ملحفه‌ها را تنها زمانی که آلوده شده‌اند تعویض می‌کنند.

۸ – ملحفه‌های آلوده را داخل یک ملحفهٔ دیگر قرار داده و مستقیماً در داخل کیسه لباس‌های کثیف (بین) قرار دهید و مستقیماً وارد سبد رختشوخانه بگذارید (شکل ۱). آنها را روی کف اتاق یا مبلمان قرار ندهید. ملحفه‌های آلوده را به روپوش یا یونیفورم خود نزدیک کنید.

جمع‌کردن ملحفه‌های کثیف و قراردادن مستقیم آنها به داخل کیسه لباس‌های کثیف (بین) از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند، کف اتاق به شدت آلوده است، ملحفه آلوده موجب آلودگی بیشتر مبلمان می‌شود. ملحفه آلوده روپوش یا یونیفرم پرستار را آلوده می‌کند و این ممکن است باعث انتقال میکروارگانیسم‌ها به سایر بیماران شود.

۹ – در صورت امکان تشک را به سمت بالای تخت بکشید. اگر تشک آلوده است برطبق سیاست مؤسسه قبل از استفاده از ملحفهٔ جدید تمیز و خشک کنید.

این کار برای پای بیمار جای بیشتری را فراهم می‌کند.

۱۰ – دستکش را خارج کنید. ملحفه زیرین را در حالی که از وسط تا شده در مرکز تخت قرار دهید و سپس ملحفه را باز کنید و به صورت بادبزن در وسط تخت قرار دهید (شکل ۲).

دستکش برای دست گرفتن ملحفه‌های تمیز لازم نیست، خارج کردن متناسب دستکش ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد. بازکردن ملحفه‌ها در وسط تخت از کشیدگی عضلات دست‌های پرستار می‌کاهد و از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. قراردادن ملحفه در مرکز تخت پوشش کافی را برای هر دو طرف تشک تضمین می‌نماید.

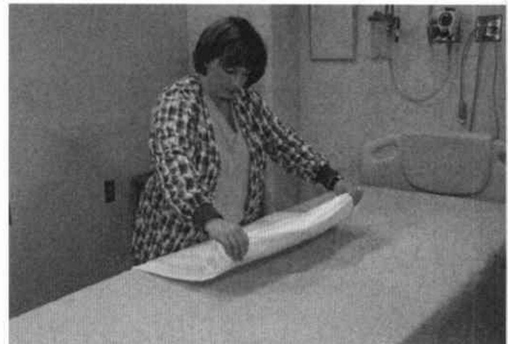


شکل ۱. جمع‌کردن ملحفه‌های آلوده در ملحفه زیرین و دور نگه‌داشتن آن از بدن



شکل ۲. بازکردن ملحفه زیرین و تاکردن به صورت بادبزنی در مرکز تخت.

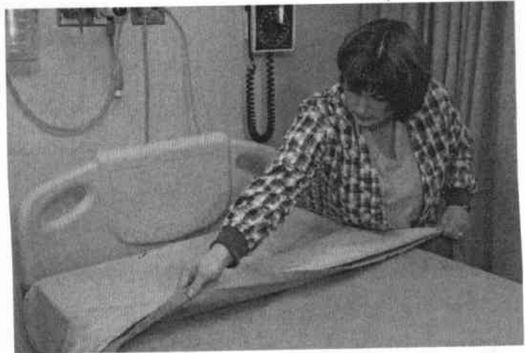
کار	دلیل
۱۱ - ملحفه زیرین را روی گوشه‌های بالا و پایین تشک بکشید.	مرتب کردن یک طرف تخت به طور کامل و سپس تکمیل آن در طرف دیگر باعث صرفه‌جویی در وقت می‌شود. صاف کردن چین و چروک‌های ملحفه زیرین از ایجاد ناراحتی برای بیمار می‌کاهد.
۱۲ - در صورت استفاده، دروشیت را که از وسط تا شده در مرکز تخت قرار داده به نحوی که در بخش میانی بدن بیمار قرار گیرد (شکل ۳). در صورت استفاده از پد محافظ آن را روی دروشیت در محل مناسبی قرار دهید. تمامی مؤسسات به صورت منظم دروشیت استفاده نمی‌کنند و پرستار می‌تواند بنا به تصمیم خود از آن استفاده کند. پد محافظ و دروشیت از تشک محافظت می‌کند.	وقتی که بیمار تخت را آلوده می‌کند، دروشیت را می‌توان بدون تعویض ملحفه زیرین و رویی عوض کرد. قراردادن تمام ملحفه‌های زیرین قبل از زدن لبه‌های آن به زیر تشک از جابه‌جایی غیرضروری پرستار در اطراف تخت، جلوگیری می‌کند. استفاده از دروشیت می‌تواند هم چنین هنگام حرکت دادن بیمار در تخت مورد استفاده قرار بگیرد.
۱۳ - به طرف دیگر تخت رفته و ملحفه‌های زیر را محکم کنید. ملحفه زیرین را در قسمت زیر تشک تا بزنید و گوشه درست نمایید. باقی مانده‌های ملحفه را محکم کشیده و زیر تشک ببرید. در مورد دروشیت نیز همین طور عمل کنید.	این کار باعث برداشتن چروک‌ها از ملحفه زیرین می‌شود که می‌تواند باعث ناراحتی بیمار و ایجاد شکنندگی در پوست بیمار شود.
۱۴ - ملحفه رویی را روی تخت قرار دهید به طوری که تای وسط آن در مرکز تخت قرار گیرد. بالای ملحفه را به نحوی قرار دهید که لبه فوقانی آن با لبه تشک در یک سطح قرار گیرد. ملحفه رویی را در همانجا باز کنید. سپس پتو و یا روتختی را طوری بگذارید که از بالای ملحفه ۱۵ سانتی‌متر فاصله داشته باشد.	بازکردن ملحفه‌ها همراه با تکان‌دادن باعث انتشار میکروارگانیسم‌ها در هوا می‌شود. گرفتن ملحفه‌ها در بالای سر برای بازکردن آنها باعث واردآمدن فشار روی بازوهای پرستار می‌شود.



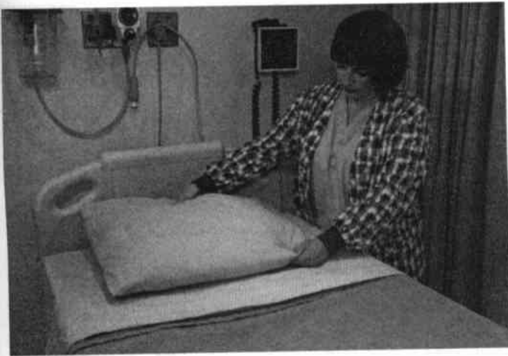
شکل ۳. قراردادن دروشیت روی تخت.



شکل ۴. لبه‌های کناری ملحفه را بگیرید و به شکل یک سه گوش بالا بیاورید.



شکل ۵. ملحفه رویی را به شکل سر آستین در آورید.



شکل ۶. قرار دادن بالش روی تخت.

کار

۱۵ – ملحفه رویی و پتو را در کنار پایین تخت نزدیک خود به زیر تشک ببرید و گوشه بزنید (شکل ۴).

دلیل: این کار باعث صرفه‌جویی در وقت و انرژی می‌شود و ملحفه رویی را در جای خود ثابت نگه می‌دارد.

۱۶ – ۱۵cm از قسمت بالای ملحفه را تا کنید (برگردانید) و روی روتختی قرار دهید و به حالت سر آستین در آورید.

دلیل: این کار باعث می‌شود که بیمار بتواند راحت‌تر به بستر وارد شود و پوشش‌های رویی را بالا بکشد.

۱۷ – به طرف دیگر تخت بروید و مثل روش قبل ملحفه رویی را پایین تخت محکم کرده و قسمت بالا را به شکل سر آستین تا بزنید (شکل ۵).

دلیل: کارکردن در یک طرف تخت در هر مرحله باعث صرفه‌جویی در انرژی شده و کارآیی بیشتری دارد.

۱۸ – بالش‌ها را روی تخت قرار دهید. روبالشی‌ها را به همان روش بازکردن سایر ملحفه‌ها باز کنید. روبالشی تمیز را در یک دست تا انتهای قسمت بسته رو بالشی جمع کنید. دست و بالش را وارد روبالشی نمایید. بالای بالش را محکم بگیرید و روبالشی را روی بالش بکشید. بالش را بالای سر تخت قرار دهید (شکل ۶).

دلیل: بازکردن ملحفه‌ها همراه با تکان دادن آنها باعث انتشار میکروارگانیسم‌ها در جریان هوا می‌شود. کشیدن روبالشی در زمانی که بالش‌ها روی تخت قرار دارد. فشار وارده بر بازوها و پشت پرستار را کاهش می‌دهد.

۱۹ – قسمت بالای ملحفه رویی را به صورت بادبزنی تا بزنید.

دلیل: بازکردن یک قسمت از ملحفه وارد شدن بیمار به تخت را تسهیل می‌نماید.

۲۰ – براساس مقررات مؤسسه زنگ اخبار را روی تخت قرار دهید.

دلیل: بیمار قادر خواهد بود در صورت نیاز درخواست کمک نماید.

۲۱ – تخت را پایین بیاورید.

دلیل: پایین آوردن تخت، رفتن بیمار به تخت را آسان‌تر و ایمن‌تر می‌کند.

۲۲ – براساس مقررات مؤسسه، ملحفه آلوده را کنار بگذارید.

دلیل: این کار از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

۲۳ – هرگونه PPE دیگر را در صورت استفاده، درآورید. بهدشت دست‌ها را رعایت نمایید.

دلیل: درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتقال عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

تعویض ملحفه‌های تخت نیاز به ثبت ندارد. استفاده از تخت مخصوص یا تجهیزات تخت همچون جای پا، یا قاب Balkan باید ثبت شود.

موقعیت‌های وضعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- دروشیت در دسترس نیست: یک ملحفه صاف را می‌توان از وسط تا کرده و به عنوان دروشیت مورد استفاده قرار داد. اما مراقبت اضافی برای جلوگیری از چین و چروک در تخت باید انجام شود.
- بیمار اکثراً بی‌اختیاری ادرار و مدفوع دارد: بیشتر، می‌توان از یک پد محافظ برای محافظت تخت در زیر بیمار قرار داد. اما بایستی اطمینان داشته باشیم که بیمار روی ملحفه‌های بدون چین و چروک دراز کشیده است.

ملاحظات خاص

- انواع مختلف تخت برای قسمتی از درمان و کمک به سلامتی بیماران در دسترس است مانند درمان زخم بستر به توصیه‌های شرکت سازنده تجهیزات خصوصاً ملحفه‌های ویژه و راه استفاده از آنها توجه کنید.

روش کار ۵-۶ درست‌کردن تخت اشغال شده

نکات قابل توجه

درست کردن تخت اشغال شده توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- یک ملحفه بزرگ صاف
- یک ملحفه به اندازه تشک
- دروشیت (اختیاری)
- پتو
- روتختی
- روبالشی
- سبد یا کیسه لباس‌های کثیف
- صندلی کنار تخت
- پد محافظ (اختیاری)
- دستکش‌های یک بار مصرف (اگر ملحفه‌ها آلوده باشند)
- وسایل محافظتی شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - برنامه را جهت بررسی محدودیت‌های حرکتی بیمار کنترل نمایید.	این امر همکاری بیمار را تسهیل می‌کند، سطح فعالیت را مشخص کرده و امنیت بیمار را تضمین می‌کند.
۲ - دست‌ها را بشوئید. در صورت لزوم از PPE استفاده کنید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش جلوگیری از انتقال عفونت مشخص می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید. نحوه کار را برای بیمار توضیح دهید.	شناسایی بیمار، ما را مطمئن می‌کند که بیمار درست، اقدام درستی را دریافت کرده است. بحث و توضیح کار اضطراب بیمار را برطرف کرده و بیمار را برای انجام کار آماده می‌کند.
۴ - وسایل را آماده کرده و روی صندلی کنار تخت در دسترس قرار دهید.	سازماندهی باعث تسهیل انجام کار می‌شود.
۵ - درب اتاق را بسته یا پرده را بکشید.	این کار خلوت بیمار را تأمین می‌کند.
۶ - تخت بیمار را بالا بیاورید و در ارتفاع مناسب که معمولاً در سطح آرنج پرستار است، قرار دهید.	قراردادن تخت در ارتفاع مناسب، از فشار وارده بر پشت پرستار در هنگام کار می‌کاهد.
۷ - نردهٔ کنار تخت را در طرف خود پایین بیاورید و نرده طرف دیگر همچنان بالا باقی بماند. وضعیت تخت را به حالت مسطح قرار دهید. مگر آنکه این کار ممنوع باشد.	قراردادن تشک در وضعیت افقی باعث تسهیل در صاف‌کردن چین و چروک آن می‌گردد.


شکل ۱. نحوه برداشتن ملحفه‌های بالایی از زیر پتوی حمام.


شکل ۲. تاکردن ملحفه‌های آلوده در نزدیکی بیمار

کار

۸ - ملحفه‌های تخت را از نظر وجود وسایل شخصی بیمار کنترل کنید و زنگ اخبار یا هرگونه لوله‌ای را از ملحفه جدا کنید.

۹ - اگر ملحفه‌ها آلوده هستند دستکش بپوشید. در صورت موجود بودن، پتوی حمام را روی بیمار قرار دهید. از بیمار بخواهید که پتوی حمام را با دستانش نگه دارد و در همان حال شما دست به زیر پتو برده و ملحفه‌های رویی را بردارید (شکل ۱). در صورت عدم استفاده از پتوی حمام، ملحفه رویی را در جای خود باقی بگذارید. ملحفه‌ای را که باید مورد استفاده مجدد قرار گیرد روی پشتی صندلی قرار دهید. ملحفه‌های آلوده را جدا کرده و در سبد با کیسه لباس‌های کثیف قرار دهید. ملحفه‌های آلوده را دور از یونیفرم خود قرار دهید.

۱۰ - در صورت امکان و وجود شخص دیگری به عنوان کمک، تشک را محکم بگیرید و آن را به طرف بالای تخت بکشید.

۱۱ - به بیمار کمک کنید تا به طرف مخالف تخت برگردد و بالش را مجدداً در زیر سر بیمار قرار دهید.

۱۲ - تمامی ملحفه‌های زیرین را در قسمت بالا و کناره‌های تخت شل کنید.

۱۳ - ملحفه‌های آلوده را تا حد امکان در نزدیک بیمار تا کنید (به صورت بادبزنی) (شکل ۲).

دلیل

دستکش از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. گم‌شدن وسایل شخصی هزینه‌بردار و ناراحت‌کننده است. جداکردن وسایل باعث جلوگیری از خرابی دستگاه و صدمه به بیمار می‌شود.

پتوها باعث گرما و خلوت بیمار می‌شوند. قراردادن ملحفه‌ها در سبد به جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها کمک می‌کند. کف زمین فوق‌العاده آلوده است. ملحفه‌های آلوده، اثاثیه را بیشتر آلوده می‌کنند. ملحفه آلوده، یونیفرم پرستار را آلوده کرده و بدین ترتیب میکروارگانیسم می‌تواند به بیمار دیگری منتقل شود.

این کار فضای بیشتری را برای پای بیمار فراهم می‌کند.

انتقال به طرف دیگر تخت باعث می‌شود که یک طرف تخت جهت درست‌کردن خالی باشد.

این کار برداشتن ملحفه‌ها را آسان می‌سازد.

این کار برداشتن ملحفه‌ها را تا زمانی که به طرف دیگر برمی‌گردد تسهیل می‌نماید.



شکل ۳. قراردادن ملحفه زیرین که از وسط تا شده و در مرکز تخت قرار می‌گیرد.



شکل ۴. تاکردن بادبزنی ملحفه زیرین در وسط تخت و قرارگیری آن در زیر ملحفه‌های قدیمی.

کار	دلیل
۱۴ - در صورت استفاده، دستکش‌هایتان را درآورید. ملحفه تمیز را در سمتی از تخت که نزدیک به شما است پهن کنید ملحفه زیرین را که از وسط تا شده در مرکز تخت قرار دهید (شکل ۳). ملحفه را باز کنید و به صورت بادبزنی در وسط تخت، زیر ملحفه‌های قدیمی قرار دهید (شکل ۴). ملحفه زیرین را به طرف گوشه‌های بالا و پایین تشک محکم بکشید.	بازکردن ملحفه‌ها در وسط تخت از کشیدگی عضلات دست‌های پرستار می‌کاهد و از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. قراردادن ملحفه در مرکز تخت پوششی کافی را برای هر دو طرف تشک تضمین می‌نماید. قراردادن آنها در زیر ملحفه‌های قدیمی، بیرون‌کشیدن ملحفه‌ها را آسان‌تر می‌سازد.
۱۵ - در صورت استفاده از دروشیت، آن را از وسط تا کرده و در مرکز تخت قرار دهید، به نحوی که در بخش میانی بدن بیمار قرار گیرد. دروشیت را باز کرده و به صورت بادبزنی در مرکز تشک قرار دهید. دروشیت را کاملاً زیر تشک قرار دهید (شکل ۵). در صورت استفاده از پد محافظ، آن را روی دروشیت در محل مناسبی قرار دهید و از وسط تاشدگی باز کنید. تمامی مؤسسات به صورت منظم از دروشیت استفاده نمی‌کنند. پرستار می‌تواند بنا به تصمیم خود از آن استفاده کند.	وقتی بیمار تخت را آلوده می‌کند. دروشیت و پد را می‌توان بدون تعویض ملافه زیرین و رویی عوض کرد. از دروشیت می‌توان جهت حرکت دادن بیمار در تخت استفاده کرد.
۱۶ - نرده کنار تخت را بالا بیاورید. به بیمار کمک کنید تا از روی ملحفه تا شده در وسط تخت به طرف شما برگردد، بالش و پتوی حمام یا ملحفه روئی را در جای خود قرار دهید. به سمت دیگر تخت حرکت کنید و نرده کنار تخت را پایین بیاورید.	این کار ایمنی بیمار را تضمین می‌نماید. این حرکت امکان مرتب‌کردن طرف دیگر تخت را ایجاد می‌کند. پتوی حمام گرما و خلوت بیمار را تأمین می‌نماید.



شکل ۵. قراردادن و کشیدن ملحفه زیرین و دروشیت به زیر تشک.



شکل ۶. برداشتن ملحفه‌های زیرین آلوده از طرف دیگر تخت.

کار	دلیل
۱۷ – همهٔ ملحفه‌های زیرین را شل کرده و بردارید (شکل ۶). آنها را در سبد یا کیسه لباس‌های کثیف قرار دهید. ملحفه‌های آلوده را دور از یونیفرم خود نگه دارید. آنها را در زمین و یا وسایل نگذارید.	قرار دادن مستقیم ملحفه‌ها در سبد از انتشار میکروارگانیسم جلوگیری می‌کند. زمین به شدت آلوده است؛ ملحفه‌های آلوده وسایل را آلوده خواهند کرد. ملحفه‌های آلوده یونیفرم پرستار را آلوده می‌کنند و ممکن است سبب انتقال ارگانیسم‌ها به بیمار دیگر شود.
۱۸ – ملحفه تمیز را در زیر بدن بیمار قرار دهید. ملحفه زیرین را محکم در گوشه‌های بالا و پایین تشک بکشید. دروشیت را محکم و نرم بکشید. دروشیت را محکم به زیر تشک ببرید.	این کار چین و چروک‌هایی را که برای درازکشیدن بیمار ناراحت کننده است را از بین می‌برد.
۱۹ – به بیمار کمک کنید تا به پشت خوابیده و به وسط تخت برگردد. بالش را درآورید و روبالشی را عوض کنید. روبالشی را به همان روش بازکردن سایر ملحفه‌ها باز کنید. روبالشی تمیز را در یک دست تا انتهای قسمت بسته روبالشی جمع کنید. بالای بالش را محکم بگیرید و روبالشی را روی بالش بکشید. بالش را زیر سر بیمار قرار دهید.	بازکردن ملحفه‌ها همراه با تکان دادن آنها باعث انتشار میکروارگانیسم‌ها در جریان هوا می‌شود.
۲۰ – در صورت تمایل ملحفه یا پتو و یا ملحفه رویی را به نحوی قرار دهید که در مرکز تخت قرار گیرد. ملحفه رویی را روی شانه بیمار به صورت سردست درست کنید. از بیمار بخواهید که لبه بالای ملحفه رویی را نگه داشته و پتوی حمام را از زیر بردارید (شکل ۷).	این کار باعث می‌شود لبه‌های پایینی ملحفه به زیر تشک برود و خلوت بیمار حفظ شود.
۲۱ – در قسمت پاهای بیمار، ملحفه‌های رویی را گرفته و به آرامی به سمت پایین تخت بکشید به طوری که ملحفه در قسمت پای بیمار شل شود.	این کار باعث حفظ ظاهر مرتب تخت می‌شود. شل‌کردن ملحفه‌ها روی پای بیمار آزادی حرکت بیشتری را به او می‌دهد.



شکل ۷. برداشتن پتوی حمام از زیر بیمار.

کار	دلیل
۲۲ - بیمار را به وضعیت راحت خود برگردانید. دستکش‌هارا درآورید. کناره تخت را بالا آورده و تخت را پایین بیاورید. زنگ اخبار را دوباره متصل نمایید.	راحتی و امنیت بیمار را فراهم می‌کند. درآوردن دستکش‌ها به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد.
۲۳ - براساس مقررات مؤسسه، ملحفه‌های آلوده را جمع‌آوری کنید.	این کار از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌کاهد.
۲۴ - هرگونه PPE دیگر را خارج نمایید. بهداشت دست‌ها را رعایت کنید.	خارج‌کردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

تعویض ملحفه‌های تخت نیازی به ثبت ندارد. استفاده از تخت مخصوص یا تجهیزات تخت همچون جای پا، یا قاب Balkan باید ثبت شود. هرگونه مشاهدات و ارتباطات خاص باید ثبت شود.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- ملحفه‌های کثیف به طور عمده با ترشحات مدفوعی آلوده می‌شوند: استفاده از حوله اضافی یا پد محافظ. پد را زیر و روی ملحفه‌های آلوده قرار دهید به نحوی که ملحفه‌های جدید در تماس با ملحفه‌های آلوده قرار نگیرند. تشک‌ها را بر طبق مقررات مؤسسه قبل از استفاده از ملافه‌های جدید تمیز و خشک کنید.

ملاحظات خاص

نکات مربوط به افراد مسن

- استفاده از یک پتوی حمام نرم یا پتوی فلانل به عنوان ملحفه زیرین می‌تواند مشکل "سردشدن" را برای بیماران مسنی که مبتلا به مشکلات قلبی عروقی یا آرتریت هستند حل کند.

فصل ۷

مراقبت از زخم

مترجم: سیده سوسن نوری کرمانشاهی

روش کار ۱-۷ تمیزکردن زخم و بکارگیری پانسمان استریل و خشک

نکات قابل توجه

در مراقبت از زخم و روش کار آن از محیط و وسایل استریل استفاده می‌شود و باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دستکش استریل
- گاز
- ست پانسمان استریل یا ست بخیه (شامل فورسپس‌ها و قیچی‌های استریل)
- محلول تمیز یا استریل کننده طبق دستور (عموماً محلول نرمال سالین ۰/۹٪)
- دستکش یک بار مصرف تمیز
- کاسه استریل (برحسب لزوم)
- شان استریل (برحسب لزوم)
- کیسه پلاستیکی یا ظرف زباله مناسبی برای پانسمان‌های آلوده
- پد جاذب آب و پتوی حمام
- چسب و وسایل محکم‌کننده پانسمان
- پد جراحی یا پدهای ABD
- ست پانسمان یا سایر وسایل اضافه‌تر در صورت نیاز یا طبق درخواست پزشک
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- پتوی حمام یا ملحفه برای پوشاندن بیمار

روش انجام کار

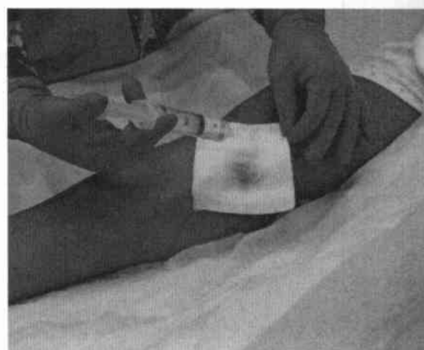
کار	دلیل
۱ – دستور پزشک در مورد مراقبت از زخم یا برنامه مراقبت پرستاری مربوط به مراقبت از زخم را مرور کنید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری نمایید.	مرور دستور یا برنامهٔ مراقبتی بیمار و انجام روش کار صحیح را مشخص می‌سازد. آماده کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ – دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار به کار می‌رود.
۳ – بیمار مورد نظر را شناسایی نمایید.	این کار سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و انجام کار صحیح برای وی می‌شود.
۴ – وسایل را مرتب روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید.	سازماندهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ – پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار و چگونگی انجام آن به بیمار توضیح دهید.	این امر، خلوت بیمار را تأمین می‌کند. توضیح درباره روش انجام کار اضطراب بیمار را برطرف کرده و وی را تشویق به همکاری می‌نماید.
۶ – بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیردارویی کاهندهٔ درد یا داروهای مسکن قبل از مراقبت از زخم و تعویض پانسمان بررسی نمایید. ضد درد طبق دستور پزشک بدهید و زمان کافی برای تأثیر ضد درد در نظر گیرید.	درد تجربه ذهنی است که براساس تجارب گذشته، تحت تأثیر قرار می‌گیرد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای بعضی بیماران ایجاد درد نماید.
۷ – ظرف یا کیسهٔ زباله‌ای را جهت استفاده در طی پروسیجر، در محل مناسبی قرار دهید.	در دسترس قراردادن ظرف زباله سبب سهولت در دور انداختن پانسمان کثیف قبلی بدون انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۸ – تخت را در وضعیت راحتی برای انجام کار تنظیم کنید که معمولاً در سطح آرنج پرستار است.	تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات جلوگیری می‌کند.
۹ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد و به آسانی بتوانید به زخم وی دسترسی پیدا کنید. از پتوی حمام برای پوشاندن هر منطقه‌ای که در معرض دید است به جز، زخم استفاده نمایید اگر لازم بود، یک پد جاذب آب در زیر محل زخم بگذارید.	وضعیت‌دهی به بیمار و استفاده از پتوی حمام راحتی و گرمی را برای بیمار فراهم می‌سازد. پد جاذب آب از خیس‌شدن منطقهٔ زیر زخم محافظت می‌کند.
۱۰ – وضعیت قرارگیری درن‌ها، لوله‌ها و سایر موارد مشابه را قبل از برداشتن پانسمان کنترل کنید. دستکش تمیز یکبار مصرف بپوشید و چسب‌های روی پانسمان قبلی را جدا کنید (شکل ۱). اگر لازم است از یک جداکنندهٔ چسب برای کمک به برداشتن نوار چسب استفاده نمایید.	کنترل کردن سبب اطمینان از عدم خروج تصادفی درن‌ها می‌شود. پوشیدن دستکش پرستار را از پانسمان آلوده محافظت می‌کند و نیز از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. جداکنندهٔ چسب کمک به کاهش ناراحتی بیمار حین برداشتن چسب از پانسمان قبلی می‌شود.



شکل ۱. بازکردن چسب‌های پانسمان.



شکل ۲. برداشتن پانسمان آلوده.



شکل ۳. استفاده از نرمال سالین برای کمک به جداسازی پانسمان.

کار

۱۱ – به دقت پانسمان کثیف قبلی را بردارید (شکل ۲) اگر هر بخشی از پانسمان به پوست بیمار چسبیده بود از مقداری نرمال سالین برای کمک به کنده‌شدن یا خروج پانسمان استفاده کنید (شکل ۳). در صورت چسبیدن، از یک برداشت کننده‌ی سیلیکونی استفاده کنید.

دلیل

احتیاط هنگام برداشتن پانسمان سبب راحتی بیشتر بیمار و اطمینان از اینکه درنی از محل خود خارج نخواهد شد، می‌شود. نرمال سالین استریل به کنده‌شدن راحت پانسمان، جلوگیری از صدمه به بافت و نیز به حداقل رساندن درد کمک می‌کند. برداشت کننده‌ی سیلیکونی موجب برداشت سریع، راحت و بدون درد و بدون مشکلات مرتبط با کندن پوست می‌شود.

کار

۱۲ – بعد از برداشتن پانسمان قبلی، به وجود ترشحات، مقدار، نوع، رنگ و بوی آن بر روی پانسمان توجه نمایید (شکل ۴). پانسمان کثیف را در ظرف زباله مناسب قرار دهید. دستکش را از دست خارج کنید و در ظرف زباله مناسب بیاندازید (شکل ۵).

دلیل

وجود ترشحات باید گزارش شود. دور انداختن مناسب پانسمان کثیف و دستکش مصرف شده به جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها کمک می‌کند.



شکل ۴. بررسی پانسمانی که برداشته شده.



شکل ۵. در آوردن دستکش‌ها.

کار	دلیل
۱۳ - محل زخم را از نظر اندازه، ظاهر و ترشحات بررسی و جستجو کنید. هرگونه درد را بررسی نمایید. بخیه‌ها، لوله‌های درن‌ها و نوارهایی که جهت تخلیه ترشحات گذاشته شده نظیر steri-strips یا staples را کنترل کنید. به هرگونه مشکل توجه کنید و آن را ثبت نمایید.	بهبود زخم، وجود التهاب یا عفونت باید گزارش و ثبت شود.
۱۴ - از روش استریل برای انجام کار استفاده کنید، محل کار استریلی را آماده کنید و وسایل مورد نیاز را باز نمایید (شکل ۶).	وسایل به راحتی در دسترس قرار می‌گیرد و استریلیتی حفظ می‌شود.
۱۵ - محلول تمیزکننده استریل زخم را باز کنید. برحسب مقدار مورد نیاز برای تمیزکردن زخم، محلول را برای شست و شوی زخم‌های کوچک مستقیماً روی گاز و برای تمیزکردن زخم‌های بزرگ و مشکل‌دار در ظرف مخصوص یا کاسه مورد نظر بریزید.	استریلیتی پانسمان و محلول حفظ می‌شود.
۱۶ - دستکش استریل بپوشید (شکل ۷). دستکش تمیز (روش تمیز) ممکن است هنگام تمیز کردن زخم‌های مزمن و یا زخم فشاری استفاده شود.	استفاده از دستکش استریل سبب حفظ استریلیتی در کار و گندزدایی جراحی می‌شود و خطر انتشار میکروارگانیسم‌ها را کم می‌کند. روش تمیز در مورد زخم‌های مزمن یا فشاری کاربرد دارد.
۱۷ - زخم را تمیز کنید. اگر لازم شد از فورسپس استریل برای تمیزکردن ناحیه زخم استفاده کنید. زخم را از بالا به پایین و از مرکز به اطراف (خارج) (شکل ۸) تمیز کنید. به دنبال این الگو، از گازهای تازه برای هر بار شستن استفاده کنید و گاز قبلی را در ظرف زباله مناسب بیاندازید. متناوباً، زخم را از بالا به عمق پاک کننده‌ی زخم، تمیز کنید.	تمیز کردن از بالا به عمق و از مرکز به اطراف موجب اطمینان از تمیزی، محلی که آلودگی کمتری دارد به طرف محل آلوده‌تر می‌شود. یک بار استفاده کردن از گاز سبب می‌شود تا از آلوده‌نشدن مجدد محل تمیز شدهٔ قبلی، مطمئن شویم.



شکل ۶. فراهم کردن محیط استریل.



شکل ۷. پوشیدن دستکش استریل.



شکل ۸. تمیز کردن زخم با یک گاز جمع شده.

کار

۱۸ – بعد از اینکه زخم تمیز شد با استفاده از یک گاز (اسفنجی) به همان روش قبلی، زخم را خشک نمایید. پماد یا هر نوع دستور دارویی (اگر تجویز شده) را روی زخم بزنید (شکل ۹).

۱۹ – اگر در محل زخم از درن استفاده شده است، اطراف آن را تمیز کنید.

۲۰ – یک لایه گاز خشک روی زخم قرار دهید (شکل ۱۰). ممکن است برای گذاشتن گاز، فورسپس لازم باشد.

۲۱ – لایه دوم گاز را روی محل زخم قرار دهید (در صورت نیاز).

۲۲ – پد جراحی یا پانسمان ABD را در صورت نیاز روی گازها بگذارید به طوری که روی لایهٔ خارجی گازها را بپوشاند (شکل ۱۱).

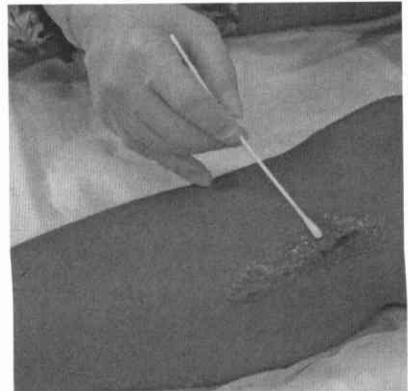
دلیل

رطوبت، محیطی نسبتاً مناسب برای رشد میکروارگانیسم‌ها فراهم می‌سازد. رشد میکروارگانیسم‌ها ممکن است سبب تأخیر در بهبود زخم شود و استفاده از پماد یا سایر دستورات تجویزی به بهبود سریعتر زخم کمک می‌کند.

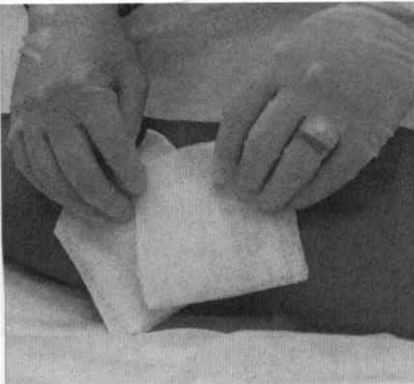
تمیزکردن محل ورود درن از ابتلا به عفونت جلوگیری می‌کند.

پانسمان اولیه، جاذب ترشحات خواهد بود. استفاده از فورسپس کمکَ به اطمینان از حفظ استریلیتی خواهد نمود. دومین لایه جذب ترشحات را بیشتر می‌کند.

عملکرد این پانسمان محافظت اضافی از زخم در مقابل میکروارگانیسم‌های محیطی می‌باشد و میزان جذب ترشحات را افزایش می‌دهد.



شکل ۹. با استفاده از یک اپلیکاتور، پماد آنتی‌سپتیک را روی زخم بمالید.



شکل ۱۰. پانسمان خشک روی محل بگذارید.

کار

۲۳ – دستکش استریل را درآورید و معدوم سازید. چسب یا نوار محکم (باند) را برای ایمنی بیشتر از جابه‌جایی پانسمان روی زخم ببندید. بسیاری از محصولات تجاری مربوط به پانسمان زخم، چسبنده هستند و نیاز به چسب اضافی ندارند.

۲۴ – بعد از محکم‌کردن پانسمان، بر روی آن برچسب ساعت و تاریخ انجام پانسمان را نصب کنید. کلیهٔ وسایل باقیمانده را خارج کنید و بیمار را در وضعیت راحتی در حالی که نرده‌های کنار تخت بالا کشیده شده و تخت در پایین‌ترین ارتفاع است، قرار دهید.

۲۵ – در صورت استفاده از PPE، آن را درآورید. دست‌ها را بشویید.

دلیل

چسب را بعد از خروج دستکش راحت‌تر می‌چسبانید. معدوم‌سازی صحیح دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت تاریخ و ساعت سبب ارتباط و نمایش تداوم اجرای طرح مراقبتی می‌شود. قراردادن بیمار و تخت در وضعیت صحیح، منجر به ایمنی خواهد شد.

درآورن PPE به طور مناسبی، خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.



شکل ۱۱. پد جراحی (ABD) روی زخم بگذارید. آن را با باند محافظت کنید.

کار

۲۶ - کلیه موارد تعویض پانسمان زخم را در هر شیفت کنترل کنید. چنانچه زخم مشکل بیشتری داشته باشد یا پانسمان سریعاً خیس می‌شود ممکن است کنترل مکرر ضروری باشد.

دلیل

کنترل مکرر پانسمان باعث اطمینان از بررسی تغییر شرایط زخم بیمار، زمان‌بندی مداخله‌ای و جلوگیری از مشکلات می‌شود.

ثبت

راهنمایی ها

مکان زخم و پانسمان برداشته را یادداشت کنید. ارزیابی خود شامل، لبه‌های زخم، وجود بخیه، نخ یا انتهای نوارهای چسبنده را یادداشت کنید. توجه کنید در صورتیکه قرمزی، ادم، یا تخلیه آن را بررسی کنید. پاک شدن برش با نرمال سالین و هرگونه درخواست آنتی بیوتیک طبق تجویز را یادداشت کنید. نوع پانسمان که انجام شده است را ثبت کنید. مقتضیات بیمار و آموزش خانواده و هرگونه واکنش بیمار به این پروسه، شامل سطح درد بیمار و تأثیر مداخلات غیر دارویی یا مسکن‌های تجویزی را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بررسی قبلی زخم نشان می‌داد که محل انسزیون تمیز و خشک بوده، لبه‌های زخم به هم نزدیک شده است و نیز بخیه‌ها و درن جراحی در محل خود قرار دارند. بافت اطراف زخم هیچگونه التهاب، ادم و قرمزی نداشت. بعد از آن که پانسمان برداشته شد، متوجه می‌شوید که لبه‌های زخم در قسمت انتهایی به هم نزدیک نشده‌اند و چندین نخ از پانسمان قبلی باقی مانده است. پوست اطراف زخم نیز قرمز و متورم است و ترشح چرکی نشت کرده از زخم بر روی پانسمان قبلی دیده می‌شود: بیمار را از نظر هرگونه علایم و نشانه‌های دیگر نظیر تب، بی‌حالی و بی‌حسی بررسی نمایید. روی محل زخم یک پانسمان استریل خشک قرار دهید. یافته‌های خود را به پزشک گزارش نمایید و موارد مشاهده شده را در پروندهٔ بیمار ثبت نمایید. برای تهیه کشت از محل زخم آماده شوید و هرگونه تغییرات در دستور تعویض پانسمان را اجرا کنید.
- بعد از آنکه دستکش‌های خود را پوشیدید، بیمار را به لبهٔ تخت نزدیک و با دست از او حمایت کنید تا از افتادن وی جلوگیری شود: اگر به هیچ چیز دیگری در ست پانسمان استریل دست نزده‌اید (بعد از جابه‌جا کردن بیمار و خارج‌کردن پانسمان قبلی) دستکش‌های آلوده را درآورید و دستکش جدید بپوشید. اگر دستکش اضافی به همراه خود نیاورده‌اید، از طریق زنگ اخطار همکار خود را مطلع سازید تا یک جفت دستکش برای شما بیاورد.
- پرستار باید وسایل پانسمان را جمع‌آوری نماید. پانسمان قبلی را بردارد و دستکش استریل برای زخم تمیز بپوشد، اگر متوجه شد که وسایل ضروری برای انجام پانسمان را به همراه نیاورده از بیمار بخواهد زنگ اخطار کنار تخت خود را فشار دهد تا همکار وسیلهٔ لازم را بیاورد.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- در صورت لزوم، بیمار یا اعضای کمک پرستاری را برای مشاهده درناژ بیش از حد که ممکن است در زیر پانسمان وجود داشته باشد، آموزش دهید. این افراد همچنین مؤظف هستند که در هنگام کثیف‌شدن پانسمان یا شل‌شدن آن، مراتب را گزارش کنند.

ملاحظات مربوط به سالمندی

- پوست افراد مسن خاصیت ارتجاعی و حساسیت کمتری دارد، بنابراین برای آنها از چسب‌های کاغذی، باندهای مونتگمری و گازهای رول (در انتهای اندام‌ها) استفاده نمایید تا از آسیب‌دیدگی پوست جلوگیری شود.

روش کار ۲-۷ انجام پانسمان مرطوب شده با سالین

نکات قابل توجه

در مراقبت از زخم و روش کار آن از محیط و وسایل استریل استفاده می‌شود و باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دستکش یکبار مصرف تمیز
- ست پانسمان استریل یا ست بخیه (جهت استفاده از قیچی و فورسپس استریل)
- گاز مش مانند نازک استریل برای پرکردن زخم اگر لازم است
- پاک‌کننده‌های محافظ پوست
- محلول تمیزکنندهٔ استریل طبق دستور (معمولاً محلول نرمال سالین ۰/۹٪)
- کیسه پلاستیکی یا ظرف زباله مناسب برای پانسمان‌های کثیف
- وسایل برای شستشو یا تمیزکردن زخم در صورت لزوم
- وسایل محافظتی فردی نظیر گان، ماسک و محافظ چشم
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) در صورت لزوم
- دستکش استریل
- گاز استریل پانسمان
- پد ABD یا پدهای جراحی
- کاسهٔ استریل
- سالین استریل
- چسب یا باند
- اپلیکاتور پنبه‌ای استریل
- پدهای ضد آب و پتوی حمام

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک یا طرح مراقبت پرستاری را که انجام پانسمان مرطوب شده با سالین است را مرور نمایید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری نمایید.	مرور دستور یا برنامه مراقبتی، بیمار صحیح و روش انجام کار صحیح را مشخص می‌سازد. آماده کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتقال عفونت تعیین می‌شود.
۳ - بیمار مورد نظر را شناسایی نمایید.	این کار سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و انجام کار صحیح برای وی می‌شود.
۴ - وسایل را روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازمان‌دهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره کاری که انجام می‌دهید و علت انجام آن با بیمار صحبت کنید.	این امر، خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. توضیح درباره پروسیجر اضطراب بیمار را رفع نموده و وی را تشویق به همکاری می‌نماید.

کار

۶ - بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیرداروییِ کاهندهٔ درد و یا داروهای مسکن قبل از مراقبت از زخم و تعویض پانسمان بررسی نمایید. ضد درد طبق دستور پزشک بدهید و زمان کافی برای تأثیر ضد درد در نظر گیرید.

دلیل

درد تجربه ذهنی است که متأثر از تجربیات گذشته می‌باشد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای بعضی بیماران ایجاد درد نماید.

کار

۷ - ظرف یا کیسهٔ زباله‌ای را جهت استفاده در طی پروسیجر در محل مناسب قرار دهید.

دلیل

در دسترس قرار دادن ظرف زباله سبب سهولت در دور انداختن پانسمان کثیف قبلی بدون انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

کار

۸ ـ تخت را در ارتفاعی تنظیم کنید که برای انجام کار مناسب باشد. این ارتفاع معمولاً در سطح آرنج پرستار است.

دلیل

قراردادن تخت در ارتفاع مناسب سبب پیشگیری از کشیدگی پشت فرد و عضلات وی می‌گردد.

کار

۹ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد تا به آسانی بتوانید به زخم وی دسترسی پیدا کنید. به بیمار وضعیت دهید و سپس محلول شستشو را از ناحیهٔ تمیز زخم به سمت ناحیهٔ کثیف‌تر (چنانچه به شستشوی زخم نیاز است) جاری سازید. (رجوع به مهارت ۳-۷ برای تکنیک شستشو). از پتوی حمام برای پوشاندن هر منطقه‌ای که در معرض دید است به جز زخم استفاده کنید اگر لازم بود یک پد جاذب آب در زیر محل زخم بگذارید.

دلیل

وضعیت‌دهی به بیمار و استفاده از پتوی حمام راحتی و گرمی را برای بیمار فراهم می‌سازد. نیروی جاذبه سبب جاری‌شدن مایع از نقطه‌ای که آلودگی کمتری دارد به منطقه‌ای که آلودگی بیشتری دارد، می‌شود. پد جاذب آب از خیس‌شدن منطقهٔ زیر زخم محافظت می‌کند.

کار

۱۰ - دستکش یک بار مصرف تمیز بپوشید و به نرمی پانسمان کثیف قبلی را بردارید. اگر مقاومت وجود دارد از پاک کننده‌های چسبندگی سیلیکونی استفاده نمایید. اگر پانسمان به بافت زیرین چسبیده بود برای کندن، آن را با سالین مرطوب نمایید.

دلیل

برداشتن با احتیاط پانسمان برای بیمار راحت‌تر است و به او اطمینان می‌دهد هرگونه زخم خشک شده‌ای کنده نمی‌شود. پاک کننده‌های چسبندگی سیلیکونی موجب برداشت راحت، سریع، و بدون درد و مشکلات چسبندگی پوستی است. دستکش‌ها از انتقال آلودگی پانسمان جلوگیری می‌کند. مرطوب‌کردن پانسمان از برداشت بافت تازه التیام یافته جلوگیری می‌کند.

کار

۱۱ - پس از برداشتن پانسمان به وجود، مقدار، نوع، رنگ و بوی هر گونه ترشح بر روی پانسمان توجه نمایید. پانسمان قبلی را به صورت کاملاً مناسبی دور بیاندازید.

دلیل

وجود ترشح باید گزارش گردد. دور انداختن پانسمان به شیوه‌ای صحیح از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

کار

۱۲ - زخم را از نظر اندازه، درجه، وجود اسکار، بافت گرانوله، اپیتلیزاسیون، نکروز، ترشحات، عمیق‌شدن، راه پیداکردن به بافت‌های اطراف، پیدایش ناسور و حفره بررسی کنید. عمق زخم را اندازه بگیرید.

دلیل

این اطلاعات بر فرایند بهبود زخم و/یا وجود عفونت دلالت می‌کنند.

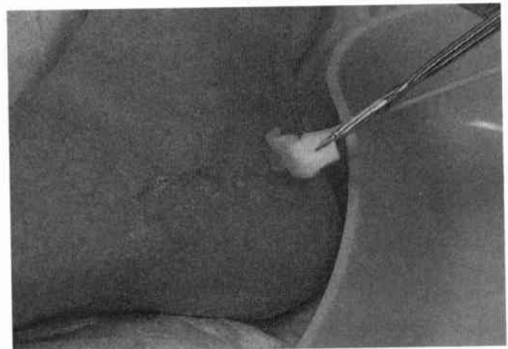
کار

۱۳ - دستکش‌ها را خارج کنید و آنها را در ظرف زباله بیاندازید.

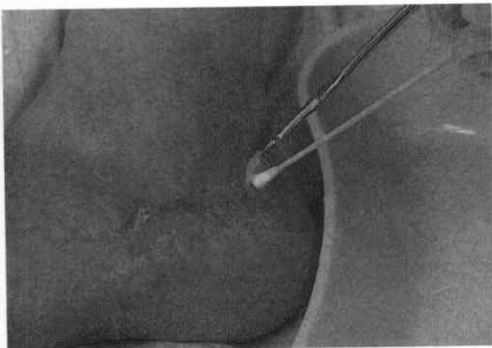
دلیل

دور انداختن دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

کار	دلیل
۱۴ – با تکنیک استریل، ست پانسمان را باز نمایید. یک گاز مش، باریک را درون کاسه بگذارید و محلول دستور داده شده را روی آن بریزید آنقدر که مش از مایع اشباع شود.	گازی که با سطح زخم تماس پیدا می‌کند باید مرطوب باشد تا بالاترین توانایی جذب و افزایش بهبود زخم را داشته باشد.
۱۵ – دستکش استریل بپوشید. برای تمیزکردن یک زخم کهنه می‌توان از دستکش‌های تمیز استفاده کرد.	دستکش استریل سبب حفظ گندزدایی جراحی می‌شود. استفاده از تکنیک تمیز و پاکیزه برای تمیزکردن زخم‌های کهنه و زخم فشاری مطلوب می‌باشد.
۱۶ – اگر لازم است زخم را تمیز کنید. به مهارت ۱-۷ مراجعه کنید. اگر لازم است، زخم را شستشو دهید (رجوع به مهارت ۳-۷)	تمیزکردن زخم باعث تخلیه درناژ قبلی و دبریس زخم می‌گردد.
۱۷ – اطراف پوست را با گاز پانسمان استریل خشک نمایید.	رطوبت، محیطی نسبتاً مناسب برای رشد میکروارگانیسم‌ها فراهم می‌سازد.
۱۸ – در صورت لزوم، برای پوست اطراف ناحیه زخم، از محافظ پوست استفاده نمایید.	محافظت پوست از تحریک پوست و شکننده‌شدن آن جلوگیری می‌کند.
۱۹ – اگر دستکش در دست نیست، دستکش استریل بپوشید. پانسمان را باز کرده و با فشردن گاز، مایع زیادی را خارج کنید.	گاز یک لایهٔ نازک، مرطوب برای تماس با تمامی سطح زخم فراهم می‌آورد. دستکش استریل از آلودگی وسایل پانسمان جلوگیری می‌کند.
۲۰ – به آرامی فشار دهید تا گاز مرطوب روی زخم (پک شود یا) فشرده شود (شکل ۱) اگر لازم است، از فورسپس و یا اپلیکاتور پنبه‌ای برای فشردن یا پک‌کردن گاز به تمامی سطوح زخم استفاده کنید (شکل ۲).	پانسمان برای تمامی سطوح زخم، محیطی مرطوب فراهم می‌کند. از فشردن یا پک‌کردن بیش از حد گاز و یا بی‌دقتی حین پانسمان برای جلوگیری از اعمال فشار زیادی بر روی بستر زخم که سبب ممانعت از بهبود زخم می‌شود بپرهیزید.
۲۱ – چندین پد و گاز خشک استریل روی گاز مرطوب قرار دهید.	گاز خشک رطوبت و ترشحات اضافی را جذب می‌کند.



شکل ۱. به آرامی گاز را به درون زخم بفشارید.



شکل ۲. از یک اپلیکاتور با سر پنبه‌ای برای فشردن گاز به تمامی سطح زخم استفاده نمایید.

کار	دلیل
۲۲ - پد ABD را روی گازها قرار دهید.	پد ABD از آلودگی جلوگیری می‌کند.
۲۳ - دستکش‌های استریل خود را خارج نموده و معدوم سازید. از نوار، باند مونتگمری و گاز رول برای محافظت از پانسمان استفاده نمایید. بسیاری از فرآورده‌های تجاری مربوط به پانسمان زخم چسبان هستند و برای چسباندن آنها نیاز به چسب اضافی نمی‌باشد.	معدوم‌کردن دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. نوار یا سایر وسایل محافظت‌کننده را پس از خارج‌کردن دستکش‌ها راحت‌تر می‌توان بکار برد.
۲۴ - بعد از ثابت‌کردن پانسمان، تاریخ و ساعت را بر روی آن ثبت نمایید، کلیه وسایل باقیمانده را جمع‌آوری نمایید و بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. نرده‌های کنار تخت را بالا بکشید و تخت را در پایین‌ترین ارتفاع بیاورید.	ثبت زمان و ساعت سبب اطلاع از زمان انجام مراقبت می‌گردد. قراردادن بیمار و تخت در موقعیت مناسب، امنیت و آسایش بیمار را تضمین می‌کند.
۲۵ - در صورت پوشیدن PPE، آن را در بیاورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۲۶ - در هر شیفت کلیهٔ پانسمان‌های زخم را کنترل کنید. چنانچه زخم مشکل بیشتری داشته باشد یا پانسمان سریعاً خیس می‌شود، ممکن است کنترل مکرر ضروری باشد.	کنترل مکرر پانسمان باعث اطمینان از بررسی تغییر شرایط زخم بیمار، زمان‌بندی مداخلات و جلوگیری از مشکلات بعدی می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

مکان زخم و پانسمان برداشته را یادداشت کنید. ارزیابی خود شامل، شواهدی از بافت گرانولاسیون، ظهور بافت نکروزه، درجه (در صورت نیاز) و مشخصات درناژ را ثبت کنید. پاک کنندگی و شستشوی زخم و محلول مورد استفاده را ثبت کنید. نوع پانسمانی که مورد استفاده قرار گرفته است را ثبت کنید. مقتضیات بیمار و آموزش خانواده و هرگونه واکنش بیمار به این پروسه، شامل سطح درد بیمار و تأثیر مداخلات غیردارویی یا مسکن‌های تجویزی را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- هنگامی که پانسمان بیمار را برمی‌دارید، به اسکار روی زخم توجه نمایید: مراقبان اولیه یا کسانی که در مراقبت از زخم تخصص دارند را در جریان بگذارید. یک درمان متفاوت یا دبریدمان ممکن است نیاز باشد. وجود اسکار در زخم از بهبود جلوگیری می‌کند. اسکار باید برای اعمال فشار کافی بر روی سطح زخم برداشته شود. اسکار ثابت (خشک، چسبنده، دست نخورده، بدون اریتما، یا نوسان) در پاشنه مانند "پوشش طبیعی (بیولوژیکی) بدن" در نظر گرفته می‌شود و نباید کنده شود.
- به فرورفتگی‌های متعدد یا نواحی برجستهٔ همراه با فرورفتگی در نوک آن شبیه به دهانهٔ آتشفشان توجه کنید: پزشک را مطلع سازید، زیرا ممکن است دستور پک‌کردن زخم را بدهد. پک‌کردن حفرهٔ زخم با وسایل پانسمان صورت می‌گیرد. پک‌کردن زیاد ممکن است بر روی زخم فشار وارد کند و با بهبود زخم منافات داشته باشد.
- توجه نمایید پانسمان برداشته شده از روی زخم خشک باشد: اگر پانسمان خشک است مدت زمان بین تعویض پانسمان‌ها را کاهش دهید تا از خشک‌شدن گازها که ممکن است هنگام برداشتن، باعث کنده‌شدن بافت التیام یافته شود، جلوگیری گردد.

ملاحظات خاص

- مطمئن شوید که پرسنل پرستاری اهمیت گزارش هرگونه ترشح زیادی از زخم و یا شل‌شدن پانسمان و یا کثیف‌شدن آن را به هنگام تعویض پانسمان درک نموده‌اند.
- راهنمای زخم، استومی، اتحادیه ی جامعه پرستاران (WOCN) توصیه می‌کند که برای درمان زخم‌های مزمن و زخم‌های فشاری در تمام طول مدت کنترل عفونت، دستکش تمیز باید استفاده شود، دستکش‌های تمیز برای در دست گرفتن وسایل پانسمان مورد استفاده قرار می‌گیرند، ممکن است روش دست نزدن در این راهنما استفاده شود. پانسمان‌ها و وسایل شستشو استریل اند، زخم دوباره با پانسمانی که از گوشه ی آن گرفته شده پانسمان می‌شود و قسمت دست نخورده ی پانسمان روی زخم قرار می‌گیرد.
- محصولات بسیاری برای درمان زخم‌های فشاری و زخم‌های مزمن در دسترس می‌باشد. درمان‌های مختلف براساس، سیاست مرکز بهداشتی، پروتکل پرستاری، کلینیک تخصصی مراجعه شده و یا دستورات پزشک می‌باشد.

روش کار ۳-۷ انجام شستشوی استریل زخم

نکات قابل توجه

در شستشوی استریل زخم و روش کار آن از محیط و وسایل استریل استفاده می‌شود و باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

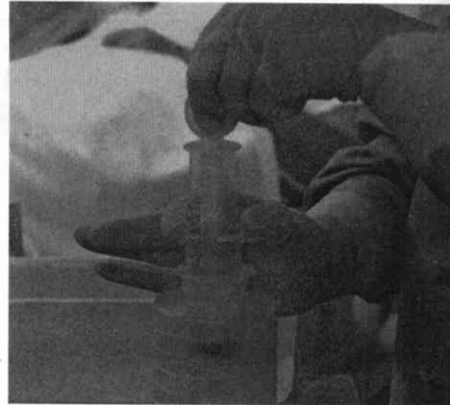
وسایل

- ست شستشوی استریل شامل یک لگن یا ظرف شستشو، سرنگ شستشو
- محلول استریل شستشو طبق دستور پزشک، عمدتاً نرمال سالین ۰/۹٪، هم اندازهٔ درجه حرارت بدن
- کیسه پلاستیکی یا سایر ظروف یکبار مصرف برای پانسمان‌های کثیف
- دستکش استریل
- پارچهٔ استریل (اختیاری است)
- دستکش یکبار مصرف تمیز
- گازهای استریل پانسمان
- ست پانسمان یا ست بخیه استریل (به خاطر فورسپس‌ها و قیچی‌های استریل آن)
- پد جاذب آب و پتوی حمام در صورت نیاز
- چسب یا باند
- گازهای پک‌کننده استریل در صورت نیاز
- گان، ماسک، محافظ چشم
- پاک‌کننده‌های محافظ پوست
- وسایل محافظتی فردی (PPEs)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک در مورد مراقبت از زخم و یا طرح مراقبت پرستاری را مرور نمایید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری نمایید.	مرور دستور یا برنامه مراقبتی، بیمار صحیح و روش انجام کار صحیح را مشخص می‌سازد. آماده‌کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده کنید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. نوع PPE براساس روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار مورد نظر را شناسایی نمایید.	این کار سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و انجام کار صحیح برای وی می‌شود.
۴ - وسایل را روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازمان‌دهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره کاری که انجام می‌دهید و چگونگی انجام آن با بیمار صحبت کنید.	این امر خلوت بیمار را فراهم می‌کند. دادن توضیح و صحبت با بیمار کمک می‌کند تا اضطراب وی کم شود و تشویق به همکاری گردد.

کار	دلیل
۶ - بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیردارویی کاهندهٔ درد و یا داروهای مسکن قبل از مراقبت از زخم و تعویض پانسمان بررسی نمایید. ضد درد طبق دستور پزشک بدهید و زمان کافی برای تأثیر ضد درد در نظر گیرید.	درد یک تجربه ذهنی است که متأثر از تجربیات گذشته، می‌باشد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای بعضی بیماران ایجاد درد نماید.
۷ - ظرف یا کیسهٔ زباله را جهت استفاده در طی انجام کار در محل مناسبی برای دسترسی قرار دهید.	در دسترس قرار دادن ظرف زباله سبب سهولت در دور انداختن پانسمان‌های کثیف، بدون انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۸ - تخت را در ارتفاعی تنظیم کنید که برای انجام کار مناسب باشد. این ارتفاع معمولاً در سطح آرنج پرستار است.	تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات جلوگیری می‌کند.
۹ - به بیمار کمک نمایید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد و به آسانی بتوانید به زخم وی دسترسی پیدا کنید. وضعیت بیمار طوری باشد که محلول شستشو از ناحیه تمیز به سمت ناحیهٔ کثیف انتهای زخم جریان پیدا کند. ناحیهٔ زخم را در معرض دید قرار دهید و بیمار را با پتوی حمام اگر نیاز است بپوشانید. یک پد جاذب آب زیر ناحیهٔ زخم بگذارید.	وضعیت‌دهی به بیمار و استفاده از پتوی حمام راحتی و گرمی را برای بیمار فراهم می‌سازد. نیروی جاذبه سبب جاری‌شدن مایع از ناحیهٔ با آلودگی کمتر به منطقهٔ با آلودگی بیشتر می‌شود. پد جاذب آب از خیس‌شدن ناحیهٔ زیر زخم محافظت می‌کند.
۱۰ - گان، ماسک و محافظ چشمی بپوشید.	استفاده از وسایل محافظت فردی نظیر گان، ماسک و محافظ چشم بخشی از استانداردهای احتیاطی می‌باشند. گان از آلودگی لباس پرستار با ترشحات زخم جلوگیری می‌کند. عینک از آلودگی غشاء موکوسی چشم با محلول شستشو یا ترشحات زخم محافظت می‌کند.
۱۱ - دستکش تمیز بپوشید. پانسمان کثیف را به دقت و به آرامی از روی زخم بردارید. اگر درآوردن پانسمان مشکل بود، از چسب‌بردار سیلیکونی استفاده نمایید که به برداشتن پانسمان کمک می‌کند. در صورتی که بخشی از پانسمان به پوست زیر آن چسبیده بود، از مقادیر کمی سالین استریل استفاده نموده تا به شل‌کردن و برداشتن پانسمان کمک نماید.	دستکش، پرستار را نسبت به اثرات آلوده‌کننده پانسمان کثیف مصون می‌نماید. برداشت آهسته و با دقت پانسمان برای بیمار بسیار راحت‌تر است. چسب‌بردار سیلیکونی سبب برداشت آسان، سریع و بدون درد چسب پانسمان می‌شود، بدون اینکه آسیبی به پوست برسد. سالین استریل با مرطوب کردن پانسمان سبب می‌شود تا بتوان آن را آسانتر از روی زخم برداشت و همچنین آسیب پوست و درد به حداقل می‌رسد.
۱۲ - پس از برداشتن پانسمان، به حضور، مقدار، نوع، رنگ و بوی مایع نشت شده بر روی آن توجه نمایید. پانسمان کثیف را در ظرف مناسبی دور بیاندازید.	وجود نشتی یا درناژ باید حتماً ثبت شود. به دور انداختن پانسمان به طور مناسبی سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۱۳ - زخم را از نظر ظاهری بررسی نموده و به وجود بافت اسکار، بافت گرانوله، اپیتلیالیزه‌شدن، نکروز و درناژ توجه نمایید. ظاهر بافت مجاور زخم را بررسی کنید. عمق زخم را اندازه‌گیری کنید.	این اطلاعات، شواهدی در ارتباط با پروسه بهبود زخم و یا وجود عفونت را در اختیار ما قرار می‌دهد.



شکل ۱. پرکردن سرنگ از محلول شستشو استریل.



شکل ۲. بیمار باید طوری قرار گیرد که زخم قابل مشاهده باشد و سرنگ حاوی محلول استریل مقابل زخم قرار گیرد.

کار	دلیل
۱۴ – دستکش‌های خود را درآورید و در ظرف مناسبی دور بیاندازید.	دورانداختن دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۵ – در صورت لزوم، یک محیط استریل فراهم آورده و تجهیزات مربوط به تمیزکردن زخم را جمع‌آوری نمایید. محلول شستشوی استریل و گرم را در محفظه استریل بریزید. دستکش استریل بپوشید. البته برای شستشوی یک زخم کهنه می‌توان از دستکش‌های تمیز (تکنیک تمیز) نیز استفاده نمود.	استفاده از محلول گرم از سردشدن و لرزیدن بیمار جلوگیری کرده و ممکن است ناراحتی بیمار را به حداقل برساند. تکنیک استریل و دستکش‌های استریل سبب حفظ محیط ضد عفونی جراحی می‌گردند. تکنیک تمیز برای شستشوی زخم‌های کهنه یا زخم‌های فشاری مناسب است.
۱۶ – لگن استریل را زیر زخم جهت جمع‌آوری محلول شستشو قرار دهید.	بیمار و ملحفه‌ها از آلودگی با مایع شستشو محافظت می‌شوند.
۱۷ – سرنگ شستشو را از محلول پر کنید (شکل ۱). از دست غیرغالب برای گرفتن سرنگ استفاده کنید، لگن را زیر زخم بیمار قرار دهید و به آرامی سرنگ را فشار دهید تا تمامی روی زخم شسته شود (شکل ۲).	محلول در لگن جمع می‌شود و از ریختن محلول شستشو روی تخت بیمار جلوگیری می‌شود.
۱۸ – به آهستگی جریانی مداوم از مایع بر روی زخم بریزید (شکل ۳) نوک سرنگ را حداقل ۱ اینچ (۲/۵ سانتی‌متر) بالای لبهٔ زخم نگه دارید. اگر از نوک کاتتر استفاده می‌کنید. کاتتر را به درون زخم به آرامی فرو برید تا اینکه مقاومتی شستشوی بهتر زخمی که عمیق است و یا کمی باز شده را فراهم می‌سازد.	محلول آلوده و تکه‌های جداشده از زخم از منطقهٔ با آلودگی کمتر به سمت منطقهٔ با آلودگی بیشتر جاری می‌شوند. برقراری جریان شستشو بافشار بالا سبب ناراحتی بیمار و نیز صدمه به بافت گرانوله زخم می‌شود. کاتتر امکان سر راه ورود مشاهده کنید. به آرامی تمامی مناطق زخم را شستشو دهید.



شکل ۳. شستشوی زخم به نرمی با جریان محلول. محلول همراه با ترشحات زخم به درون ظرف ریخته و جمع‌آوری می‌شود.



شکل ۴. خشک کردن اطراف زخم، نه خود زخم با گاز استریل.



شکل ۵. گذاشتن پانسمان استریل روی زخم.

کار	دلیل
۱۹ – به جریان یکنواخت و نرم مایع جاری شده توجه نمایید. هنگامی که محلول جاری شده از زخم از ترشحات پاک شد، شستشو را متوقف سازید.	شستشو، ترشحات و تکه‌های کنده شده از زخم را جدا می‌سازد.
۲۰ – با اسفنج و با گاز استریل پوست اطراف زخم را خشک نمایید (شکل ۴).	رطوبت محیطی نسبتاً مناسب برای رشد میکروارگانیسم‌ها فراهم می‌سازد. رطوبت زیاد موجب تحریک و آسیب پوستی می‌شود.
۲۱ – بر روی پوست اطراف زخم از محافظ پوستی استفاده نمایید.	محافظ پوستی سبب جلوگیری از تحریک و آسیب پوست می‌گردد.
۲۲ – یک پانسمان استریل تازه روی زخم قرار دهید (شکل ۵) (مهارت ۲-۷ و ۱-۷ را ببینید).	پانسمان ترشحات را جذب می‌کند و از پوست اطراف زخم محافظت می‌کند.

کار	دلیل
۲۳ – دستکش‌ها را درآورده و منهدم نمایید. برای محافظت از پانسمان از نوارهای مونتگومری و یا رول‌های گاز استفاده نمایید. بسیاری از محصولات تجاری پانسمان به خودی خود چسبنده هستند و برای چسباندن آنها نیاز به چسب اضافی نمی‌باشد.	پس از درآوردن دستکش‌ها، راحت‌تر می‌توان باند یا فرآورده‌های محافظتی دیگر را به کار گرفت. منهدم‌کردن مناسب دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری به عمل می‌آورد.
۲۴ – پس از بستن پانسمان، ساعت و تاریخ را بر روی آن یادداشت نمایید. تمام وسایل باقی‌مانده را بردارید. بیمار را در یک وضعیت راحت قرار دهید، نرده‌های اطراف تخت را بالا آورده و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.	ثبت ساعت و تاریخ نشان‌دهنده زمان انجام مراقبت برای سایر همکاران می‌باشد. قراردادن بیمار و تخت در وضعیت مناسب، آسایش و امنیت را برای بیمار فراهم می‌آورد.
۲۵ – PPEهای اضافی را درآورید. دست‌ها را بشوئید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و ابتلا به آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۲۶ – در هر شیفت تمامی پانسمان‌های زخم را کنترل کنید. چنانچه زخم مشکل بیشتری داشته باشد یا پانسمان سریعاً خیس می‌شود، ممکن است کنترل مکرر ضروری باشد.	کنترل مکرر پانسمان باعث اطمینان از بررسی تغییر شرایط زخم بیمار، زمان‌بندی مداخلات و جلوگیری از مشکلات بعدی می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

مکان زخم و پانسمان برداشته شده را یادداشت کنید. ارزیابی خود شامل شواهدی از بافت گرانولاسیون. ظهور بافت نکروتیک، درجه (در صورت نیاز) و مشخصات درناژ را ثبت کنید. پاک کنندگی و شستشوی زخم و محلول مورد استفاده را ثبت کنید. نوع پانسمانی که مورد استفاده قرار گرفته را ثبت کنید. مقتضیات بیمار و سوابق خانوادگی و هرگونه واکنش بیمار به این پروسه، شامل سطح درد بیمار و تأثیر مداخلات غیرفارماکولوژیکی یا مسکن‌های تجویزی را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- هنگام شستشوی زخم، بیمار دچار درد می‌شود: در این حالت پروسیجر را متوقف نمایید و ضد درد طبق دستور پزشک تجویز نمایید. مجدداً پس از گذشت مدت زمان مناسب که فرصت عملکرد به داروی ضد درد تجویزی را فراهم کردید، وسایل استریل جدید آماده کنید. در گزارش پرستاری ذکر نمایید که بیمار حین پانسمان دچار درد می‌شود تا در نوبت بعدی قبل از شروع پانسمان به بیمار ضد درد داده شود.
- هنگام شستشوی زخم متوجهٔ خونریزی از زخم می‌گردید: که قبلاً این مسئله در پانسمان‌های قبلی اتفاق نیافتاده بود: پروسیجر را متوقف نمایید. بیمار را از نظر سایر نشانه‌ها بررسی نمایید. علایم حیاتی بیمار را کنترل کنید. یافته‌های خود را به پزشک اطلاع دهید و در برگهٔ گزارش بیمار ثبت نمایید.

روش کار ٤-۷ مراقبت از درن جکسون-پرات[1]

نکات قابل توجه

مراقبت از محل اتصال درن جکسون پرات به بدن بیمار فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

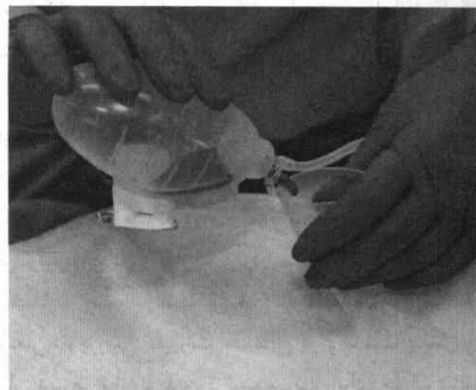
- ظرف مدرج برای اندازه‌گیری ترشحات
- پد استریل
- گاز استریل
- دستکش تمیز یکبار مصرف
- محلول شستشوی تمیز (عموماً نرمال سالین)
- پاک‌کننده‌های محافظ پوست
- وسایل محافظت فردی (PPEs) نظیر ماسک یا محافظ صورت در صورت نیاز

روش انجام کار

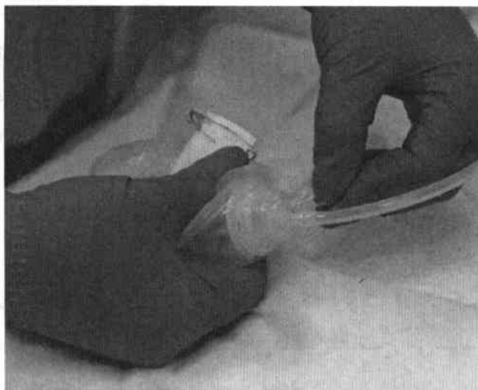
کار	دلیل
۱ - دستور پزشک در مورد مراقبت از زخم و یا طرح مراقبت پرستاری مربوط به مراقبت از درن را مرور نمایید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری نمایید.	مرور دستور یا برنامه مراقبتی، بیمار صحیح و روش انجام کار صحیح را مشخص می‌سازد. آماده‌کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ - بهداشت دست‌ها را رعایت نموده و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت، انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار مورد نظر را شناسایی نمایید.	این کار سبب اطمینان یافتن از بیمار صحیح و انجام کار صحیح برای وی می‌شود.
۴ - وسایل را روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازمان‌دهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره آنچه که می‌خواهید انجام دهید و چگونگی انجام آن، به بیمار توضیح دهید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح روش کار، اضطراب بیمار را رفع نموده و سبب تسهیل در همکاری وی می‌شود.
۶ - بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیردارویی کاهندهٔ درد و یا داروهای مسکن قبل از مراقبت از زخم و تعویض پانسمان بررسی نمایید. ضد درد طبق دستور پزشک بدهید و زمان کافی برای تأثیر ضد درد در نظر گیرید.	درد یک تجربه ذهنی است که متأثر از تجربیات گذشته، می‌باشد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای بعضی بیماران ایجاد درد نماید.

1- Jackson-Pratt

کار	دلیل
۷ - در حین انجام کار، ظرفی را برای دورانداختن مواد زاید در محل مناسبی قرار دهید.	داشتن یک ظرف مخصوص مواد زاید به این معنی است که می‌توان پانسمان کثیف را به راحتی به دور انداخت، بدون اینکه سبب انتشار میکروارگانیسم‌ها شود.
۸ - ارتفاع تخت را در حدی تنظیم کنید که برای انجام کار مناسب باشد. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است.	تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات بدن جلوگیری می‌کند.
۹ - به بیمار کمک نمایید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد، و به آسانی بتوانید به زخم وی دسترسی پیدا کنید. ناحیهٔ درن را در معرض دید قرار دهید و بیمار را با پتوی حمام (اگر نیاز است) بپوشانید. یک پد جاذب آب زیر ناحیهٔ درن بگذارید.	وضعیت‌دهی به بیمار و استفاده از پتوی حمام راحتی و گرمی را برای بیمار فراهم می‌کند. پد جاذب آب، از خیس‌شدن ناحیهٔ زیر درن محافظت می‌کند.
۱۰ - دستکش تمیز بپوشید. در صورت نیاز، ماسک یا محافظ صورت بزنید.	دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کنند؛ ماسک خطر پرتاب شدن ترشحات به صورت را کم می‌کند.
۱۱ - ظرف جمع‌کنندهٔ مدرج را زیر دریچهٔ خروجی درن قرار دهید. بدون آلوده کردن دریچهٔ خروجی، سرپوش روی آن را بکشید. مخزن جمع کنندهٔ درن کاملاً به علت مکش هوا به درونش، باز می‌شود. محتویات درون مخزن را به طور کامل درون ظرف مدرج خالی کنید (شکل ۱) از پک پنبه الکل برای تمیزکردن لوله و سرپوش مخزن استفاده کنید. کاملاً مخزن را با یک دست بفشارید و سرپوش آن را با دست دیگر بگذارید (شکل ۲).	خالی‌کردن درن امکان اندازه‌گیری صحیح ترشحات را فراهم می‌کند. تمیزکردن لوله‌ها و سرپوش از خطر آلودگی می‌کاهد و به جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم کمک می‌کند. فشردن مخزن به ایجاد توانایی مکش مجدد کمک می‌نماید.



شکل ۱. محتویات درن جاکسون پارت را به درون ظرف جمع‌کننده خالی کنید.



شکل ۲. با دست دارای دستکش، درن جاکسون پارت را بفشارید و درپوش آن را بگذارید.

کار	دلیل
۱۲ - بازبودن مسیر این وسیله را کنترل کنید، مطمئن شوید که لوله‌های آن پیچ نخورده و یا تا نشده باشند.	بازبودن یا پیچ‌نخوردن و تا نبودن سبب تسهیل در خروج ترشحات از زخم می‌شود.
۱۳ - درن جاکسون - پارت را به گان بیمار پایین زخم به شکل مطمئنی با سوزن وصل کنید. مطمئن شوید که هیچگونه فشاری به لوله‌های آن وارد نشود.	ایمنی درن از آسیب به بیمار و حوادث ناشی از خروج درن جلوگیری می‌کند.
۱۴ - به دقت ترشحات را اندازه‌گیری نمایید و از نظر خصوصیات رنگ و مقدار آن را ثبت کنید. ترشحات را طبق دستورالعمل آن مؤسسه معدوم سازید. دستکش‌ها را درآورید.	ثبت و گزارش به تداوم مراقبت و ارتباط کمک می‌کند. معدوم‌سازی مناسب ترشحات از خطر انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۵ - دستکش تمیز بپوشید. اگر محل درن دارای پانسمان می‌باشد، مجدداً آن را پانسمان کنید. محل بخیه‌ها را با گاز مرطوب شده با نرمال سالین تمیز کنید. سپس محل بخیه‌ها را پیش از پانسمان‌کردن، با گاز خشک نمایید.	پانسمان از محل درن محافظت می‌کند. تمیزکردن و خشک‌نمودن بخیه‌ها از رشد میکروارگانیسم‌ها در آن ناحیه جلوگیری می‌کند.
۱۶ - اگر محل درن به سمت هوا باز شده، بخیه‌هایی را که درن را به پوست وصل کرده، مشاهده نمایید. علایم و نشانه‌های کشیدگی، پارگی، التهاب یا عفونت را در اطراف پوست جستجو نمایید. به آرامی محل شکاف را با گاز پد و مرطوب شده با نرمال سالین مرطوب کنید. با گاز پد دیگری آن را خشک کنید. در صورت لزوم در اطراف پوست از محافظ پوست استفاده کنید.	رسیدگی به موقع منجر به مداخله و جلوگیری از ایجاد معضل خواهد شد. تمیز کردن آرام و خشک کردن از رشد میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. محافظ پوست از آسیب و تحریک پوستی جلوگیری می‌کند.
۱۷ - دستکش‌ها را درآورده و معدوم سازید. تمام تجهیزات باقی‌مانده را جمع کنید. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. نرده‌های کنار تخت را بالا آورده و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.	درآوردن و معدوم‌کردن مناسب دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. قراردهی مطلوب بیمار و تخت سبب آرامش و امنیت بیمار می‌شود.
۱۸ - PPEهای اضافی را درآورید و دست‌ها را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و ابتلا به آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۹ - وضعیت درن را حداقل هر ۴ ساعت یک بار کنترل نمایید. در هر شیفت، تمامی پانسمان‌ها را چک کنید. اگر زخم‌ها پیچیده‌تر بوده و یا پانسمان‌ها سریعاً اشباع می‌شوند، باید دفعات کنترل کردن را بیشتر نمود.	چک‌کردن درن‌ها ما را از عملکرد صحیح آنها و تشخیص مشکلات احتمالی مطمئن می‌سازد. چک‌کردن مداوم پانسمان‌ها، بررسی تغییرات احتمالی در وضعیت بیمار را امکان‌پذیر می‌سازد و بدین ترتیب می‌توان برای جلوگیری از بروز مشکلات، اقدامات لازم را به موقع انجام داد.

ثبت

راهنمایی ها

مکان زخم و درن، ارزیابی زخم و محل درن و حضور درن را یادداشت کنید. در صورتیکه سوچورها دست بی‌نقص‌اند، آن را یادداشت کنید. حضور درناژ و مشخصات روی پانسمان قدیمی برداشته شده را یادداشت کنید. شامل ظاهر پوست اطراف. تمیزی محل درن را یادداشت کنید. هرگونه مراقبت پوستی و پانسمان مورد نیاز را ثبت کنید. توجه داشته باشید که درن خالی و مجدداً کمپرس شده است. به مقتضیات بیمار و سوابق خانوادگی و هرگونه پاسخ به روش انجام کار، شامل سطح درد بیمار و تأثیر مداخلات غیرفارماکولوژیکی یا مسکن‌های تجویزی را یادداشت کنید. مقدار و مشخصات درناژ انجام شده در ورودی و خروجی را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیماری درن جاکسون ـ پرات را در یک چهارم تحتانی سمت راست شکم خود به دنبال جراحی دارد. گزارشات نشان می‌دهد که در هر شیفت ۴۰ تا ۵۰ میلی‌لیتر ترشحات سروزی در درن وجود دارد. به هنگام انجام بررسی اولیه، متوجه می‌شوید که پانسمان اطراف محل درن با ترشحات سروزی اشباع شده و ترشح اندکی در مخزن جمع‌کنندهٔ درن وجود دارد: لوله‌های درن را از نظر خم‌شدگی و یا انسداد بازرسی نمایید. بیمار را از نظر تغییر شرایط بررسی کنید. پانسمان را بردارید و محل را بررسی کنید. اغلب، اگر لولهٔ درن لختهٔ خون یا ذرات ترشحات بسته شده باشند ترشحات زخم به اطراف محل خروج درن نشت می‌کنند. محل درن را تمیز نمایید و از نظر قرمزی محل آن را کنترل کنید. یافته‌های به دست آمده را به پزشک اطلاع دهید و حوادث مشاهده شده را در برگهٔ گزارش بیمار ثبت کنید.
- بیمار شما را به اتاق خود صدا می‌زند و می‌گوید "من این را موقعی که می‌خواستم بلند شوم پیدا کردم، او درن جاکسون ـ پرات را در دستش به شما نشان می‌دهد. درن کاملاً از زخم خارج شده است: بیمار را از نظر هرگونه علایم و نشانه‌های جدید بررسی کنید و نیز محل جراحی و محل ترشحات را بررسی کنید. با یک گاز استریل و نوار محل درن را پانسمان کنید. یافته‌ها را به پزشک اطلاع داده و در برگهٔ گزارش بیمار ثبت نمایید.

ملاحظات خاص

- بیماران اغلب بیش از یک درن جاکسون – پرات دارند، شماره‌گذاری و برچسب‌زنی به درن‌ها سبب راحتی در شناسایی آنها می‌شود. ترشحات هر یک از درن‌ها را به طور جداگانه ثبت نمایید: در برگهٔ جذب و دفع نیز ترشحات درن‌ها را براساس شماره و یا برچسب آنها مشخص نمایید.
- هنگامی که بیماری دارای درن می‌باشد شروع به حرکت می‌کند، پیش از حرکت، درن را خالی کرده و فشار دهید. درن را به گان بیمار در زیر ناحیه زخم متصل نموده و مطمئن شوید که هیچگونه کشیدگی بر روی لوله درن وجود نداشته باشد. این امر سبب تخلیه درناژ اضافی می‌گردد، حداکثر ساکشن را امکان‌پذیر ساخته و از اعمال کشیدگی بر روی خط بخیه پیشگیری می‌نماید.

روش کار ۵-۷ مراقبت از درن همووک[1]

نکات قابل توجه

مراقبت از محل اتصال همووک به بدن بیمار فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ظرف مدرج برای اندازه‌گیری ترشحات
- دستکش تمیز یک بار مصرف
- پنبه الکل
- وسایل محافظت فردی (PPEs) در صورت نیاز
- محلول تمیزکننده، عموماً نرمال سالین
- پد و گاز استریل
- پاک کننده‌های محافظ پوست

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – دستور پزشک در مورد مراقبت از زخم و یا طرح مراقبت پرستاری مربوط به مراقبت از درن را مرور نمایید. وسایل را جمع‌آوری نمایید.	مرور دستور یا برنامه مراقبتی، بیمار صحیح و روش انجام کار صحیح را مشخص می‌سازد. آماده‌کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ – دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE، سبب ممانعت از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۳ – بیمار مورد نظر را شناسایی نمایید.	این کار سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و انجام کار صحیح برای وی می‌شود و به جلوگیری از خطاها کمک می‌کند.
۴ – وسایل را روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازمان‌دهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ – نرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره آنچه که می‌خواهید انجام دهید و چگونگی انجام آن با بیمار صحبت نمایید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌نماید. توضیح درباره روش کار، اضطراب بیمار را برطرف نموده و سبب تشویق وی به همکاری می‌گردد.
۶ – بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیردارویی کاهندهٔ درد و یا داروهای مسکن قبل از مراقبت از زخم و یا تعویض پانسمان بررسی نمایید. ضد درد مناسب طبق دستور پزشک بدهید و زمان کافی برای تأثیر ضد درد قبل از شروع روش کار در نظر گیرید.	درد یک تجربهٔ ذهنی است که متأثر از تجربیات گذشته می‌باشد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای بعضی بیماران ایجاد درد نماید.

1- Hemovac Drain

کار	دلیل
۷ – در حین انجام کار، ظرفی را برای دورانداختن مواد زاید در محل مناسبی قرار دهید.	داشتن یک ظرف مخصوص مواد زاید به این معنی است که می‌توان پانسمان کثیف را به راحتی به دور انداخت، بدون اینکه باعث انتشار میکروارگانیسم‌ها شود.
۸ – ارتفاع تخت را در حدی تنظیم کنید که برای انجام کار مناسب باشد. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در حد سطح آرنج پرستار است.	قراردادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی پشت و عضلات بدن جلوگیری می‌کند.
۹ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد تا به راحتی به محل درن دسترسی پیدا کنید. ناحیهٔ درن را در معرض دید قرار دهید و سایر مناطق در معرض دید را با پتوی حمام بپوشانید. یک پد جاذب آب زیر ناحیهٔ درن قرار دهید.	وضعیت‌دهی به بیمار و استفاده از پتوی حمام راحتی و گرمی را برای بیمار فراهم می‌آورد. پد جاذب آب، از خیس‌شدن ناحیه زیر درن محافظت می‌کند.
۱۰ – دستکش تمیز و سایر وسایل محافظت فردی نظیر ماسک، محافظ صورت (در صورت نیاز) بپوشید.	دستکش از انتشار میکروارگانیسم جلوگیری می‌کند. وسایل محافظت شخصی نظیر محافظ صورت از پخش‌شدن ترشحات به صورت پیشگیری می‌کند.
۱۱ – ظرف جمع‌کنندهٔ مدرج را زیر لوله‌های جاری درن قرار دهید. بدون آلودگی دریچهٔ خروجی، سرپوش دریچه را بردارید. مخزن درن به علت مکش هوا کاملاً باز می‌شود. محتویات مخزن را به طور کامل درون ظرف جمع‌کننده خالی کنید (شکل ۱). از پد یا گاز الکل برای تمیزکردن لوله‌ها و سرپوش استفاده کنید. به طور کامل با هر دو دست بالا و پایین مخزن را فشار دهید. در حالی که محکم به مخزن فشار وارد می‌کنید سرپوش درن را جای خود بگذارید (شکل ۲).	برداشتن سرپوش به اندازه‌گیری دقیق ترشحات کمک می‌کند. تمیزکردن با الکل از آلودگی دریچه جلوگیری می‌کند و خطر انتشار میکروارگانیسم‌ها را کم می‌کند. فشردن با هر دو دست به برقراری مجدد خلاء در درن کمک می‌کند.



شکل ۱. محتویات هموواگ را به درون ظرف جمع‌کننده خالی کنید.



شکل ۲. هموواگ را بفشارید و از سرپوش آن محافظت نمایید.

کار	دلیل
۱۲ - بازبودن مسیر درن را کنترل کنید. مطمئن شوید که لوله‌ها پیچ نخورده و یا تا نشده باشند.	بازبودن، پیچ‌نخوردن و تا نبودن سبب تسهیل در خروج ترشحات می‌شود.
۱۳ - درن هموووگ را به گان بیمار پایین زخم به شکل مطمئنی با سوزن وصل کنید. مطمئن شوید که هیچگونه فشاری به لوله‌های آن وارد نمی‌شود.	ایمنی درن از آسیب به بیمار و حوادث ناشی از خروج درن جلوگیری می‌کند.
۱۴ - به دقت، خصوصیات، رنگ و مقدار ترشحات را اندازه‌گیری و ثبت نمایید. ترشحات را طبق دستورالعمل مرکز درمانی معدوم سازید.	ثبت و گزارش به تداوم مراقبت و ارتباط کمک می‌کند. معدوم‌سازی مناسب ترشحات از خطر انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. استفاده صحیح و مناسب از دستکش‌ها منابع انتقال میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۱۵ - دستکش‌های تمیز بپوشید. اگر محل درن پانسمان بود، آن را مجدداً پانسمان کنید. با یک گاز که با نرمال سالین مرطوب شده است، بخیه را شستشو دهید و پیش از پانسمان کردن، محل بخیه‌ها را با گاز خشک نمایید.	پانسمان کردن، از محل درن محافظت می‌کند. تمیزکردن و خشک‌نمودن بخیه‌ها از رشد میکروارگانیسم‌ها در آن ناحیه جلوگیری می‌کند.
۱۶ - اگر محل درن به سوی هوا باز شده محل بخیه‌ها را که درن را به پوست وصل می‌کند، مشاهده نمایید. علایم و نشانه‌های کشیدگی، پارگی، التهاب و یا عفونت را اطراف پوست جستجو کنید. با نرمی و دقت بخیه‌ها را با گاز آغشته به نرمال سالین تمیز نمایید. با یک گاز جدید محل را خشک کنید. در صورت لزوم از محافظ پوست در اطراف زخم استفاده کنید.	رسیدگی زودهنگام به مشکل منجر به مداخله و جلوگیری از ایجاد معضل خواهد شد. تمیزکردن از رشد میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. محافظ پوستی سبب جلوگیری از تحریک و آسیب پوستی می‌شود.
۱۷ - دستکش‌ها را درآورید و تمامی وسایل را جمع‌آوری کنید. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید، نرده‌های کنار تخت را بالا بکشید و تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار داده و دست‌ها را بشویید.	وضعیت‌دهی صحیح به بیمار کمک به ایمنی وی خواهد نمود. خروج صحیح دستکش و شستشوی دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۸ - PPEهای اضافی را درآورید و دست‌ها را بشوئید.	درآوردن PPE به طور مناسبی از خطر انتشار عفونت و ابتلا به آلودگی می‌کاهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۹ - وضعیت درن را حداقل هر ۴ ساعت یک بار کنترل نمایید. در هر شیفت، تمامی پانسمان‌ها را چک کنید. اگر زخم‌ها پیچیده‌تر بوده و یا پانسمان‌ها به سرعت از مایع اشباع می‌شوند، باید دفعات کنترل کردن را بیشتر نمود.	چک‌کردن درن‌ها، ما را از عملکرد صحیح آنها و تشخیص مشکلات احتمالی مطمئن می‌سازد. چک‌کردن مداوم پانسمان‌ها، بررسی تغییرات احتمالی در وضعیت بیمار را امکان‌پذیر می‌سازد و بدین ترتیب می‌توان برای جلوگیری از بروز مشکلات، اقدامات لازم را به موقع انجام داد.

ثبت

راهنمایی‌ها

مکان زخم و درن، ارزیابی زخم و محل درن و حضور درن را یادداشت کنید. در صورتیکه سوچورها بی‌نقص‌اند آن را یادداشت کنید. حضور درناژ و مشخصات روی پانسمان قدیمی برداشته شده را یادداشت کنید که شامل ظاهر پوست اطراف است. تمیزی محل درن را یادداشت کنید. هرگونه مراقبت پوستی و پانسمان مورد نیاز را ثبت کنید. توجه داشته باشید که درن خالی و مجدداً کمپرس شده است. به مقتضیات بیمار و سوابق خانوادگی و هرگونه پاسخ به روش نحوه‌ی کار شامل سطح درد بیمار و تأثیر مداخلات غیرفارماکولوژیکی یا مسکن‌های تجویزی را یادداشت کنید. میزان و مشخصات درناژ انجام شده در ورودی و خروجی را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیماری به دنبال جراحی، یک درن همووک در زانوی چپ دارد. گزارشات حاکی از آن است که در هر شیفت ۴۰ تا ۵۰ میلی‌لیتر ترشحات سروزی در درن وجود داشته است. هنگام اجراء بررسی اولیه، متوجه می‌شوید که مخزن جمع‌کننده کاملاً باز شده، شما مخزن را خالی می‌کنید و مجدداً با ایجاد فشار در آن خلاء ایجاد می‌کنید. در مدت زمان کوتاهی مجدداً مشاهده می‌کنید که مخزن مجدداً کاملاً باز شده است: لوله‌ها را از نظر خم‌شدگی یا انسداد بازرسی نمایید همچنین وسیله را از نظر شکستگی کنترل کنید. پانسمان را بردارید و محل را بررسی کنید. مطمئن شوید که لوله درن از درون زخم خارج نشده باشد و نیز لوله را از نظر هر گونه سوراخ بازبینی نمایید. اگر موفق نشدید مجدداً مکش و خلاء برقرار سازید. به پزشک اطلاع دهید و یافته‌ها و مداخلات انجام داده را در برگهٔ گزارش بیمار ثبت نمایید.

ملاحظات خاص

- هنگامی که بیمار دارای درن، آمادهٔ خروج از تخت می‌شود، قبل از انجام فعالیت وی درن را خالی و مجدداً تحت فشار قرار دهید. درن را به گان بیمار زیر زخم محکم کنید و مطمئن شوید که لوله‌های آن تحت فشار قرار نمی‌گیرد. خروج ترشحات زیادی با حفظ حداکثر ساکشن، از فشار به خطوط بخیه‌های درن جلوگیری می‌کند.

روش کار ۶-۷ تهیه کشت از زخم

نکات قابل توجه

تهیه کشت از زخم وظیفه پرستار مجاز می‌باشد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- کیت کشت استریل (هوازی یا غیرهوازی) همراه با گلولهٔ پنبه یا لولهٔ کشت دارای سواب پنبهٔ استریل اختصاصی
- دستکش استریل
- دستکش تمیز یکبار مصرف
- کیسهٔ پلاستیکی یا ظرف مناسب زباله
- برچسب برای لولهٔ نمونه‌گیری
- کیسه نمونه‌گیری بیولوژی
- پتوی حمام (اگر برای پوشاندن بیمار لازم شود)
- تمیزکردن زخم و انجام مجدد پانسمان استریل بعد از گرفتن کشت
- وسایل محافظت‌کننده فردی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک در رابطه با تهیه کشت از زخم را مرور کنید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری نمایید.	مرور دستور پزشک سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و انجام کار صحیح می‌شود. آماده‌کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی نمایید.	این کار سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و دریافت کار صحیح می‌شود.
۴ - وسایل را روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازمان‌دهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره آنچه که می‌خواهید انجام دهید و چگونگی انجام آن به بیمار توضیح دهید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح درباره انجام کار، اضطراب بیمار را رفع کرده و وی را تشویق به همکاری می‌کند.
۶ - پیش از گرفتن نمونه از زخم، بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیردارویی کاهنده درد و یا داروهای مسکن بررسی نمایید. ضد درد مناسب را طبق دستور پزشک تجویز نمایید و زمان کافی برای تأثیر ضد درد را در نظر بگیرید.	درد یک تجربه ذهنی است که متأثر از تجربیات گذشته می‌باشد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای برخی از بیماران دردناک باشد.



شکل ۱. برگه کشت را با دستبند هویت بیمار کنترل نمایید.

کار

۷ - ظرف مناسبی را در حین انجام کار برای دورانداختن مواد زاید در نظر گرفته و آن را در دسترس قرار دهید.

دلیل

داشتن یک ظرف مخصوص مواد زاید به این معنی است که می‌توان پانسمان کثیف را به راحتی به دور انداخت، بدون اینکه باعث انتشار میکروارگانیسم‌ها شود.

۸ - تخت را در ارتفاع مناسب برای کار که تقریباً در حد سطح آرنج پرستار می‌باشد، تنظیم نمایید.

قراردادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند.

۹ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد تا به آسانی بتوانید به زخم وی دسترسی پیدا کنید. بیمار را با پتوی حمام، اگر نیاز است، به جز ناحیه زخم بپوشانید. برچسب کشت را در مقابل دستبند شناسایی بیمار گرفته و مجدداً آن را کنترل نمایید (شکل ۱).

وضعیت‌دهی به بیمار و استفاده از پتو، راحتی و گرمی را برای بیمار فراهم می‌سازد. کنترل برچسب کشت با دستبند شناسایی بیمار، شما را از شناسایی بیمار صحیح و انجام روش کار صحیح مطمئن می‌سازد.

۱۰ - اگر در ناحیه زخم، پانسمان وجود دارد، دستکش تمیز بپوشید. به آرامی و با دقت، پانسمان کثیف را بردارید. اگر پانسمان به راحتی جدا نشد، از چسب‌بردار سیلیکونی استفاده نمایید. اگر هر بخشی از پانسمان به پوست زیر آن چسبیده است، از مقدار کمی از سالین برای شل‌کردن و درآوردن راحت آن استفاده نمایید.

دستکش سبب محافظت پرستار در مقابل پانسمان آلوده می‌شود. برداشت آرام و با دقت پانسمان برای بیمار راحت‌تر است و اطمینان حاصل می‌کنید که تمامی پانسمان از روی پوست برداشته شده است. چسب‌بردار سیلیکونی موجب برداشت سریع، راحت و بدون درد پانسمان می‌شود، بدون اینکه مشکلی برای پوست ایجاد شود. سالین استریل، پانسمان را مرطوب ساخته و بدین ترتیب می‌توان آن را راحت‌تر برداشت و حداقل آسیب و درد به پوست وارد می‌شود.

۱۱ - پس از برداشتن پانسمان، به وجود، مقدار، نوع، رنگ و بوی هرگونه ترشح بر روی آن دقت کنید. پانسمان‌های کثیف را در ظرف زباله مناسب بیاندازید.

وجود هرگونه درناژ از زخم باید ثبت شود. منهدم‌کردن مناسب و صحیح پانسمان از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌نماید.

۱۲ - زخم را از نظر ظاهر، وضعیت، وجود اسکار، بافت گرانوله، اپیتلیالیزاسیون، نکروز و درناژ بررسی نمایید. ظاهر بافت اطراف زخم را بررسی نمایید. اندازه زخم را بسنجید.

این اطلاعات، شواهدی را در ارتباط با پروسه بهبود زخم و وجود عفونت در اختیار ما قرار می‌دهد.

کار	دلیل
۱۳ - دستکش‌های خود را درآورید و آنها را در ظرف زباله بیاندازید.	معدوم‌کردن دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۴- در صورت لزوم، یک محیط استریل فراهم سازید و تجهیزات مربوط به تمیزکردن زخم را جمع‌آوری کنید. دستکش استریل بپوشید. البته پوشیدن دستکش‌های تمیز (تکنیک تمیز) نیز برای تمیزکردن زخم‌های کهنه مطلوب می‌باشد.	دستکش استریل، محیط ضد عفونی جراحی را حفظ می‌کند. تکنیک تمیز برای تمیزکردن زخم‌های کهنه مناسب می‌باشد.
۱۵ - زخم را تمیز نمایید. به مهارت ۱-۷ مراجعه کنید. زخم را به صورتی که تجویز شده و یا به صورت مورد نیاز، شستشو دهید (مهارت ۳-۷ را ببینید).	تمیزکردن زخم، درناژ قبلی و دبریس زخم را پاک می‌کند که در غیر این صورت، ارگانیسم‌های خارجی می‌توانند وارد نمونه شده و در نتیجه باعث به دست آمدن نتایج نادرستی شوند.
۱۶ - پوست اطراف زخم را با گاز خشک نمایید. دستکش تمیز بپوشید.	محیط مرطوب، محیط خوبی برای رشد میکروارگانیسم‌هاست. رطوبت اضافی می‌تواند منجر به تحریک و آسیب پوست شود. برای برداشت کشت نیاز نیست سوآپ، فوری با پوست یا زخم تماس پیدا کند. اگر تماس با زخم برای جمع‌آوری نمونه لازم است، دستکش استریل در آن دست پوشیده شود.
۱۷ - سرپوش لولهٔ کشت استریل را بچرخانید تا سوآب آزاد شود، و یا یک سوآب استریل جداگانه را باز کرده، و سرپوش لوله کشت را بردارید. مراقب باشید سوآب و داخل لولهٔ کشت استریل باقی بماند (شکل ۲).	وسایل برای استفاده و دسترسی آسان به آنها آماده می‌شوند و تکنیک آسپتیک حفظ می‌گردد.
۱۸ - اگر تماس با زخم برای جداسازی حاشیه زخم (بازکردن زخم) جهت فروبردن سوآپ به داخل آن، ضروری است، در یک دست خود دستکش استریل بپوشید تا بتوانید با آن دست، حاشیه زخم را باز کنید. دستکش‌های تمیز برای تماس با زخم‌های فشاری و زخم‌های کهنه، مطلوب می‌باشند.	اگر تماس با زخم برای جمع‌آوری نمونه ضروری است، باید از دستکش استریل استفاده شود تا از آلوده‌شدن زخم جلوگیری نمود.
۱۹ - به دقت سوآب را به درون زخم فرو برده و به آرامی سوآب را برای گرفتن نمونه در زخم بچرخانید. از تماس پنبه در نوک زخم خودداری کنید (شکل ۳). اگر لازم است از ناحیهٔ دیگری نمونه‌گیری شود از سواب دیگری استفاده نمایید.	نوک پنبه‌ای سوآب ترشحات زخم را به خود جذب می‌کند. استفاده از سوآب دیگر برای ناحیهٔ متفاوتی از زخم سبب جلوگیری از انتقال عفونت از ناحیه‌ای به ناحیهٔ دیگر می‌شود.



شکل ۲. برداشتن درپوش لوله کشت.



شکل ۳. مالیدن سواب پنبه روی زخم.

کار

۲۰ – سوآب را درون لولهٔ کشت بگذارید (شکل ۴) سوآب با قسمت خارج ظرف تماس پیدا نکند. در لولهٔ کشت را محکم نمایید. بعضی لوله‌های کشت دارای یک آمپول میانجی در ته لوله هستند، و ممکن است لازم باشد آمپول را بشکانید تا فعال شود. برای استفاده به دستورالعمل کارخانه مراجعه کنید.

۲۱ – دستکش را خارج سازید و طبق دستور معدوم سازید.

۲۲ – دستکش استریل بپوشید و پانسمان استریل در صورت لزوم، بعد از تهیه کشت، انجام دهید و دستکش‌ها را خارج کنید (مهارت‌های ۱–۷ و ۲–۷).

۲۳ – پس از انجام پانسمان، تاریخ و ساعت را بر روی آن ثبت نمایید. هرگونه وسیله را از اطراف بیمار بردارید و بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. نرده‌های کنار تخت را بالا ببرید و تخت را در پایین‌ترین ارتفاع قرار دهید.

۲۴ – براساس دستورالعمل راهنمای مؤسسه، روی لولهٔ آزمایش برچسب بزنید و در حالی که آن را در کیسهٔ خطر نمونه‌گیری بیولوژی گذاشته‌اید به آزمایشگاه بفرستید (شکل ۵).

۲۵ – در صورت استفاده از PPE، آن را در بیاورید. دست‌های خود را بشوئید.

دلیل

قسمت خارجی لوله از آلودگی با میکروارگانیسم محافظت می‌شود و نمونه با سایر میکروارگانیسم‌های غیر از زخم آلوده نمی‌شود. احاطه‌شدن سوآب با کشت میانجی برای نتیجهٔ صحیح آزمون لازم است.

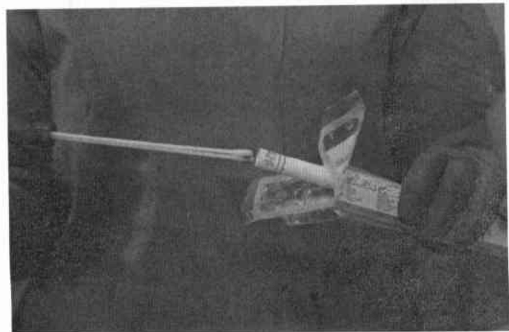
خارج کردن مناسب دستکش‌ها ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد.

پوشیدن دستکش، تکنیک آسپتیک را حفظ می‌کند. پانسمان جهت جذب ترشحات و محافظت از زخم انجام می‌شود.

ثبت تاریخ و ساعت، سبب اطلاع سایر همکاران از زمان انجام پانسمان می‌گردد. دادن وضعیت مناسب به تخت سبب تسهیل ایمنی و راحتی بیمار می‌شود.

برچسب زدن صحیح سبب سهولت در شناسایی نمونهٔ بیماران می‌شود.

درآوردن PPE، به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و ابتلا به آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.



شکل ۴. قرار دادن سواب اپلیکاتور به درون لولهٔ کشت.



شکل ۵. قرار دادن لوله کشت/ نمونه درون کیسهٔ نمونه‌گیری بیولوژیکی.

ثبت

راهنمایی‌ها

محل و ارزیابی زخم شامل نوع بافت، حضور بافت نکروزه، درجه (در صورت نیاز) و مشخصات درناژ را ثبت کنید. ظاهر پوست اطراف آن را در نظر بگیرید. تمیزی و شستشوی زخم و محلول مورد استفاده را ثبت کنید. مقتضیات بیمار و سوابق خانوادگی و هرگونه واکنش بیمار به این پروسه شامل سطح درد بیمار و تأثیر مداخلات فارماکولوژیکی یا مسکن‌های تجویزی را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- شما می‌خواهید نمونه‌ای از ترشحات زخم بیماری تهیه نمایید. متوجه می‌شود که اول زخم را تمیز نکرده‌اید: سواب کشت را دور بیاندازید. وسایل لازم برای تمیزکردن زخم طبق دستورالعمل محل کار تهیه کنید و نیز یک سواب کشت جدید آماده کنید. زخم را تمیز کنید و سپس روش کار برای گرفتن نمونه از زخم را اجرا نمایید. تمیز کردن زخم پیش از نمونه‌برداری برای کشت، تخلیه اولیه، باقی‌مانده زخم، و باکتری‌های پوست باعث ورود ارگانیسم‌های خارجی به داخل زخم می‌شوند که منجر به نتایج نادرست می‌شود.
- هنگامی که می‌خواهید سوآب پنبه آغشته به ترشحات زخم بیمار را درون لولهٔ کشت بگذارید با لباس بیمار تماس پیدا می‌کند: سوآب را دور بیاندازید و مجدداً با یک سواب دیگر نمونه از زخم تهیه کنید.

روش کار ۷-۷ بستن زخم به‌کمک خلاء (VAC)[1]

نکات قابل توجه

درمان زخم با فشار منفی باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دستگاه خلاء (دستگاه فشار منفی)
- پانسمان فوم VAC
- محافظ پوست
- ست شستشوی استریل، شامل یک کاسه، ظرف شستشو، سرنگ شستشو
- محلول شستشوی استریل طبق دستور پزشک، هم حرارت با بدن
- دستکش استریل (دو جفت)
- دستکش یک بار مصرف تمیز
- یک ظرف زباله جهت دور ریختن وسایل آلوده
- وسایل محافظ فردی (PPEs)
- تخلیه کننده/ ظرف جمع‌کننده
- پوشش پانسمان VAC
- گاز اسفنجی استریل
- قیچی استریل
- پد جاذب آب و پتوی حمام
- گان، ماسک و محافظ چشم
- پد T.R.A.C

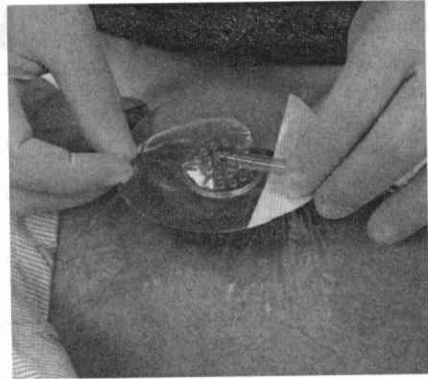
روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک برای درمان زخم با استفاده از فشار منفی را مرور نمایید.	مرور دستور پزشک، بیمار صحیح و روش انجام کار صحیح را معلوم می‌سازد. آماده‌کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ - دست را بشوئید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	شستن دست‌ها و PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE بر طبق احتیاط‌های انتقال لازم است.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که بیمار صحیحی، خدمات را دریافت می‌کند و از بروز اشتباه جلوگیری می‌شود.
۴ - وسایل را روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازمان‌دهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره آنچه که می‌خواهید انجام دهید و نحوه انجام آن به بیمار توضیح دهید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح درباره روش انجام کار اضطراب بیمار را رفع نموده و وی را تشویق به همکاری می‌کند.

1- Vaccum-Assisted closure

کار	دلیل
۶ – بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیردارویی کاهندهٔ درد و یا داروهای مسکن قبل از تعویض پانسمان زخم بررسی نمایید. ضد درد مناسب طبق دستور پزشک و ارایه زمان کافی برای تأثیر آن قبل از شروع کار را مدنظر قرار دهید.	درد تجربه‌ای ذهنی است که متأثر از تجربیات گذشته می‌باشد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای بعضی بیماران، ایجاد درد نماید.
۷ – تخت را در بهترین ارتفاع برای انجام کار قرار دهید که معمولاً در سطح آرنج پرستار است.	قراردادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند.
۸ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد تا به آسانی به محل زخم وی دسترسی پیدا کنید. طوری به بیمار وضعیت دهید که محلول شستشو از ناحیه تمیز به ناحیهٔ کثیف جاری شود. منطقهٔ مورد شستشو را در معرض دید قرار دهید و سایر نقاط را با پتوی حمام، اگر لازم است، بپوشانید. یک پد جاذب آب زیر ناحیهٔ زخم بگذارید.	وضعیت‌دهی به بیمار و پوشاندن وی سبب راحتی و گرمی وی می‌شود. نیروی جاذبه به جاری‌شدن محلول شستشو از محل آلودگی کمتر به ناحیهٔ آلودگی بیشتر کمک می‌کند. پد جاذب آب از خیس‌شدن ملافه‌های تخت و بیمار محافظت می‌کند.
۹ – ظرف یا کیسهٔ زباله را جهت استفاده در طی انجام کار در محل مناسبی برای دسترسی قرار دهید.	در دسترس قرار دادن ظرف زباله سبب سهولت در دور انداختن پانسمان‌های کثیف، بدون انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۱۰ – از تکنیک استریل استفاده کنید. محیط استریل فراهم کنید و هرگونه وسیلهٔ استریل مورد نیاز برای انجام کار را به محیط استریل اضافه نمایید. محلول شستشوی استریل گرم شده را درون ظرف استریل بریزید.	آماده‌سازی صحیح باعث اطمینان از دسترسی آسان به وسایل و حفظ استریلیتی می‌شود. محلول گرم سبب ناراحتی کمتر می‌شود.
۱۱ – گان، ماسک و محافظ چشم بپوشید.	استفاده از وسایل محافظ فردی بخشی از احتیاطات استاندارد است. گان از آلوده‌شدن لباس‌های شما با ترشحات پخش شده جلوگیری می‌کند. عینک از غشاء موکوسی چشم‌های شما در مقابل تماس با محلول شستشو محافظت می‌کند.
۱۲ – دستکش تمیز بپوشید. پانسمان را به آرامی و با دقت بردارید. اگر پانسمان به راحتی جدا نشد، از چسب‌بردار سیلیکونی استفاده نمایید. به تعداد قطعاتی از فوم که از زخم برداشت می‌شود، توجه نمایید. این تعداد را با تعداد ثبت شده از تعویض پانسمان قبلی مقایسه نمایید.	دستکش سبب حفاظت پرستار از آلودگی ناشی از پانسمان می‌شود. چسب‌بردار سیلیکونی سبب می‌شود تا پانسمان به سرعت، به راحتی و بدون درد برداشته شده و مشکلات پوستی ناشی از آن به حداقل برسد. شمارش تعداد قطعات فوم، ما را از برداشتن تمامی فوم‌هایی که در حین تعویض پانسمان قبلی جاگذاری شده بودند، مطمئن می‌سازد.
۱۳ – پانسمان را در ظرف زباله بیاندازید. دستکش را از دست خارج و معدوم سازید.	دور انداختن پانسمان و دستکش استفاده شده از انتشار میکروارگانیسم جلوگیری می‌کند.
۱۴ – دستکش استریل بپوشید. از تکنیک استریل استفاده نمایید و زخم را شستشو دهید (رجوع به مهارت ۳–۷).	شستشو اگزودا و تکه‌های کنده شده را خارج می‌سازد.

کار	دلیل
۱۵ - نواحی اطراف پوست را با نرمال سالین تمیز کنید. پوست اطراف را با گاز خشک نمایید.	رطوبت سبب رشد میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۱۶ - زخم را از نظر ظاهر و وضعیت و همچنین از نظر وجود اسکار، بافت گرانوله، اپیتلیالیزاسیون، آسیب، نکروز و درناژ بررسی نمایید. ظاهر بافت اطراف را بررسی نمایید. اندازه زخم را بررسی نمایید.	این اطلاعات، شواهدی را در ارتباط با پروسه التیام زخم و یا وجود عفونت در اختیار ما قرار می‌دهد.
۱۷ - پوست اطراف زخم را با یک پاک‌کنندهٔ محافظ پوست خوب پاک کنید و اجازه دهید تا کاملاً پوست خشک شود.	محافظ پوست سدی در مقابل شستشو و شکنندگی فراهم می‌کنند.
۱۸ - با استفاده از قیچی استریل فوم را به شکل و اندازهٔ زخم ببرید. فوم را بالای زخم نبرید. اگر اولین قطعه‌ای که بریدید خیلی کوچک باشد، بیش از یک قطعه فوم ممکن است نیاز باشد. فوم را بدقت روی زخم قرار دهید. اگر بیش از یک قطعه نیاز باشد، از تماس فوم با فوم استفاده کنید. تعداد فوم‌هایی که در زخم قرار می‌دهید را یادداشت کنید.	رعایت تکنیک آسپتیک موجب حفظ استریل بودن وسایل در تماس با زخم می‌شود. فوم باید زخم را پر کند اما نباید پوست اطراف زخم را بپوشاند. در صورتی که فوم را بالای زخم ببرید ممکن است قطعاتی از فوم به داخل زخم بیفتد. تماس فوم با فوم موجب پخش فشار منفی می‌گردد. برای اطمینان از برداشته شدن تمام فوم‌ها طی تعویض پانسمان بعدی ثبت تعداد فوم‌ها الزامی است.
۱۹ - پرده‌ی V.A.C را بر روی پانسمان فوم و ۳-۵cm اطراف زخم قرار داده و بپوشانید. پرده V.A.C برای سهولت استفاده ممکن است به چندین قسمت تقسیم شود.	پرده V.A.C یک فضای بسته‌ای غیرقابل نفوذ به هوا ایجاد می‌کند که موجب اعمال فشار منفی می‌شود.
۲۰ - محل مناسبی برای پد T.R.A.C پیدا کنید.	پد T.R.A.C باید در محلی که بیشترین جریان و عمده‌ی درناژ وجود دارد، قرار داده شود. از قرار دادن بر روی برجستگی‌های استخوانی و یا درون شیار بافت پرهیز کنید.
۲۱ - پرده را بپیچانید و یک سوراخ ۲cm بین آن ایجاد کنید. از پد T.R.A.C استفاده کنید (شکل ۱). قوطی V.A.C را برداشته و بداخل ست درمانی V.A.C وارد کنید تا زمانیکه جا بیفتد و قفل شود. پد T.R.A.C را بداخل تیوپ قوطی متصل کرده (شکل ۲) و چک کنید که کلمپ هر دو تیوپ باز است. کلید ست درمانی V.A.C را روشن کنید و اقدامات درمانی را انتخاب کنید.	سوراخ پرده باعث خروج مایعات و اگزودا می‌شود. قوطی یک محفظه‌ای برای درناژ فراهم می‌کند.
۲۲ - برای اطمینان از یکپارچگی بسته، پانسمان کنید. پانسمان باید به فوم و پوست چروکیده شده بچسبد.	چروکیده شده، نشانه‌ی اطمینان از محکم چسبیده بودن پانسمان است اعمال فشار صحیح و درمان را امکان‌پذیر می‌کند.
۲۳ - دستکش‌ها را درآورید و معدوم سازید.	منهدم‌نمودن مناسب دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.


شکل ۱. لولهٔ سوراخ‌دار را به کار ببرید.


شکل ۲. لوله را به ظرف جمع‌آوری کننده وصل کنید.

کار

۲۴ – تاریخ و ساعت را بر روی پانسمان ثبت نمایید. تمامی وسایل باقیمانده را جمع کنید. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. نرده‌های کنار تخت را بالا برده و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.

دلیل

ثبت تاریخ و ساعت موجب اطلاع سایر همکاران از زمان انجام پانسمان می‌گردد. قراردادن بیمار و تخت در وضعیت مناسب، امنیت و آسایش بیمار را فراهم می‌آورد.

کار

۲۵ – در صورت استفاده از PPE، آن را در آورید. دست‌های خود را بشویید.

دلیل

درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و ابتلا به آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

کار

۲۶ – پانسمان تمامی زخم‌ها را در هر شیفت چک نمایید. برای زخم‌های پیچیده‌تر و پانسمان‌هایی که به سرعت از ترشحات اشباع می‌شوند، دفعات کنترل بیشتری مورد نیاز است.

دلیل

چک‌کردن مرتب پانسمان‌ها، ما را از تغییرات احتمالی در وضعیت بیمار مطلع می‌سازد و بدین ترتیب موجب می‌شود تا به موقع از اختلالات احتمالی جلوگیری نماییم.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی زخم شامل شواهدی از بافت گرانولاسیون، حضور بافت نکروزه و درجه (در صورت نیاز) و مشخصات درناژ را ثبت کنید. ظاهر پوست اطراف آن را در نظر بگیرید، تمیزی و شستشوی زخم و محلول مورد استفاده را ثبت کنید. درخواست NPWT، وضعیت فشار، وجود و نحوه‌ی پانسمان آن را یادداشت کنید. رنگ و مشخصات درناژ در محفظه را توصیف کنید. مقتضیات بیمار و سوابق خانوادگی و هرگونه واکنش بیمار به این پروسه شامل سطح درد بیمار و تأثیر مداخلات فارماکولوژی یا مسکن‌های تجویزی را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- هنگام بررسی بیمار متوجه می‌شوید که بین پانسمان شفاف و فوم و پوست اتصال محکم برقرار نمی‌باشد: پانسمان، اتصالات تیوپ و محل ورود بسته را برای اطمینان از باز بودن کلمپ‌ها چک کنید. اگر نشت در پانسمان شفاف مشخص است فشاری که به زخم اعمال می‌شود مناسب نیست. بدون توجه به طول مدت زمانی که آن را گذاشته‌اید، پانسمان را

عوض نمایید.

- بیمار اظهار می‌دارد که هنگام عملکرد *VAC* درد شدیدی در زخم احساس می‌کند: بیمار را از نظر سایر نشانه‌ها بررسی نمایید و علایم حیاتی بگیرید، زخم را بررسی کنید و صحت عملکرد ماشین را بررسی نمایید. یافته‌های خود را به اطلاع پزشک رسانده و حوادث مشاهده شده را در برگهٔ گزارش بیمار ثبت کنید. ضد درد طبق دستور تجویز نمایید. طبق دستور داده شده یا به درمان ادامه داده و یا آن را قطع نمایید.

ملاحظات خاص

- اولین پانسمان را ۴۸ ساعت بعد از شروع درمان تعویض کنید. بعد ۲ تا ۳ بار در هفته برای زخم‌های غیرعفونی با توجه به وضعیت زخم پانسمان را تعویض کنید. ثبت زمان تعویض پانسمان امکان بررسی زخم توسط سایر اعضاء تیم بهداشتی را فراهم می‌کند.
- در مورد زخم‌های عفونی بهتر است هر ۴۸ تا ۷۲ ساعت یک بار پانسمان تعویض گردد.
- مقدار و اندازهٔ ترشحات را در هر شیفت به عنوان بخشی از جذب و دفع ثبت نمایید.
- به طور متناوب و سطح مایعات را در ظرف مربوط کنترل کنید. با توجه به دستورات پزشک ظرف را هنگامی که پر یا نزدیک به پر است، تعویض نمایید.
- نسبت به صداها و آلارم‌های دستگاه خلاء (مکش) هوشیار باشید تا از مشکلاتی نظیر سرازیرشدن یا یک ورشدن دستگاه بیش از ۴۵ درجه، پرشدن ظرف تخلیه، نشت هوا به درون پانسمان یا جداشدن یا جابه‌جا شدن مخزن آن، جلوگیری شود.
- درمان زخم با فشار منفی باید به مدت ۲۴ ساعت انجام شود. دستگاه نباید بیش از ۲ ساعت خاموش باشد زیرا این کار سبب راکدماندن مایعات و ترشحات خارج شده از زخم روی محل صدمه می‌شود. هنگامی که درمان مجدد زخم با فشار منفی آغاز شد، زخم را بر طبق دستورالعمل پزشکی مؤسسه شستشو دهید و مجدداً پانسمان زخم با فشار منفی را آغاز کنید.
- زمانی که پوست اطراف زخم، واقع در زیر پانسمان انسدادی، در معرض رطوبت قرار می‌گیرد، ممکن است برای درمان نیاز به گذاشتن پانسمان زیر پانسمان شفاف برای جذب ترشحات باشد. به دستورالعمل بیمارستان توجه نمایید.

روش کار ۸-۷ بکارگیری وسایل حرارتی خارجی: پدهای حرارت آبی (آکواترمی) و کیف آب گرم

نکات قابل توجه

استفاده از پد حرارتی خارجی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- پد آکواترم همراه با بخش الکترونیک آن
- روکش برای پد، اگر بخشی از پد نمی‌باشد
- پتوی حمام
- آب مقطر
- باند یا چسب برای محکم‌کردن پد
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک را از نظر انجام گرمادرمانی شامل: دفعات، نوع درمان، ناحیه‌ای از بدن که باید تحت درمان قرار گیرد، و طول مدت درمان مرور نمایید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری نمایید.	مرور دستور پزشک، بیمار صحیح و روش انجام کار صحیح را مشخص می‌سازد. آماده‌کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ - در موارد لزوم دست‌ها را بشویید و PPE بپوشید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم جلوگیری می‌کند. بر طبق احتیاط‌های انتقال PPE نیاز است.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	این کار سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و مداخلهٔ صحیح می‌شود.
۴ - وسایل را روی میز بالای تخت بیمار قرار دهید به نحوی که در دسترس باشد.	سازمان‌دهی وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره آنچه که می‌خواهید انجام دهید و نحوه انجام آن به بیمار توضیح دهید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌نماید. توضیح درباره روش انجام کار اضطراب بیمار را رفع کرده و وی را تشویق به همکاری می‌نماید.
۶ - تخت را در ارتفاعی تنظیم کنید که بهترین ارتفاع برای انجام کار باشد. این ارتفاع مطلوب معمولاً در سطح آرنج پرستار می‌باشد.	قراردادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیده‌شدن پشت و عضلات بدن پرستار جلوگیری می‌کند.
۷ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد تا به آسانی به محل مورد نظر دسترسی پیدا کنید. منطقهٔ مورد نظر را باز کنید و سایر نقاط را با پتوی حمام بپوشانید.	دادن وضعیت به بیمار و استفاده از پتوی حمام، گرمی و راحتی بیمار را فراهم می‌کند.



شکل ۱. دستگاه حرارتی خارجی الکترونیکی

کار

۸ - شرایط قسمتی از پوست که قرار است تحت حرارت باشد را ارزیابی کنید.

۹ - کنترل نمایید که آب موجود در دستگاه الکترونیکی (شکل ۱) در مناسب‌ترین سطح باشد. قسمت کنترل کننده را تا $\frac{۲}{۳}$ از آب مقطر پر کنید و یا تا محل علامت‌گذاری شده پر نمایید. کنترل کنید که بخش تنظیم حرارت آب روشن باشد تا از دامنهٔ حرارت ایمن مطمئن شوید.

۱۰- لوله پد را به لوله دستگاه الکترونیکی وصل کنید (شکل ۲).

۱۱ - توپی سر وسیله را بگذارید و قبل از استفاده پد را گرم کنید. منبع حرارتی را روی محل مورد نظر بگذارید (شکل ۳). با باند یا چسب از آن محافظت نمایید.

دلیل

ارزیابی موجب جمع آوری و اطلاعات پایه‌ای برای مقایسه‌ی شرایط پس از درمان و همچنین موجب شناسایی مواقعی که کنتراندیکاسیون دارند می‌شود.

شیر آب کافی در دستگاه برای اطمینان از عملکرد مناسب دستگاه لازم است. آب، مواد معدنی ته نشین شده را از دستگاه خارج می‌کند. کنترل بخش تنظیم درجه حرارت به پیشگیری از آسیب و صدمه به پوست یا بافت کمک می‌کند.

جریان مایع گرم را در پد گرم‌کننده امکان‌پذیر می‌سازد.

بستن سر وسیله آن را آماده استفاده می‌نماید. پوشاندن وسیله از تماس مستقیم پوست با کیسه یا کیف محافظت می‌کند، حرارت از طریق هدایت از یک جسم به جسم دیگر انتقال می‌یابد. باند یا چسب، پد را در موقعیت مناسب نگه می‌دارد، از سوزن هرگز استفاده نکنید زیرا ممکن است باعث سوراخ‌شدن و صدمه به پد شوند.



شکل ۲. وصل‌کردن لوله پد به لوله دستگاه الکترونیکی



شکل ۳. قراردادن پد حرارتی در محل مورد نظر

کار	دلیل
۱۲ - وضعیت پوست و پاسخ بیمار به حرارت را مکرراً در فواصل زمانی، مطابق دستورالعمل مرکز درمانی، بررسی نمایید. از بکارگیری این وسیله در زمانی بیش از اندازهٔ مقرر بپرهیزید.	حداکثر اثر درمانی گشادکنندگی عروق از بکارگیری حرارت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه می‌باشد. استفاده از حرارت بیش از ۴۵ دقیقه سبب احتقان بافت و انقباض عروقی می‌شود و سبب پدیدهٔ ریباند عروقی می‌شود. همچنین، استفاده طولانی‌مدت از گرما خطر سوختگی را افزایش می‌دهد.
۱۳ - دستکش‌ها را درآورده و معدوم سازید. تمامی وسایل باقیمانده را جمع کنید. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. نرده‌های کنار تخت را بالا بیاورید و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.	درآوردن و معدوم‌کردن مناسب دستکش‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. قراردادن بیمار و تخت در وضعیت مناسب، آسایش و امنیت بیمار را تأمین می‌کند.
۱۴ - در صورت استفاده از PPE اضافی، آن را خارج سازید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و ابتلا به آن را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۵ - ثبت زمان قرار دادن پد حرارتی باید انجام شود این عمل سبب جلوگیری از سوختگی و آسیب پوست و بافت می‌گردد.	استفاده از پد حرارتی در یک سطح وسیع احتمال سوختگی ناشی از حرارت را افزایش می‌دهد. تغییر محل پد ممکن است این احتمال را کاهش دهد.
۱۶ - پد حرارتی را بعد از زمان تعیین شده بردارید (حداکثر ۳۰ دقیقه) مجدداً وضعیت بیمار و محیط و اطراف پد را بررسی نمایید. به اثر و عوارض جانبی آن ناحیه توجه نمایید.	برداشتن پد حرارتی خطر ناشی از گرمای بیش از حد را کاهش می‌دهد. اعمال حرارت جهت پیشبرد التیام و بهبود، کاهش تون عضلانی، رفع اسپاسم عضلانی، رفع سفتی مفاصل، رفع درد و درمان عفونت، زخم‌های جراحی، التهاب، آرتریت، درد مفصلی، درد عضلانی و درد مزمن به کار می‌رود. بررسی ناحیه اعمال حرارت، مؤثربودن درمان را نشان می‌دهد.

ثبت

راهنمایی‌ها

وجود حرارت درمانی را ثبت کنید. در صورتیکه بیمار حرارت درمانی برای درد را دریافت می‌کند، ارزیابی درد قبل و بعد از مداخله را یادداشت کنید. نوع حرارت و محلی که درمان صورت می‌گیرد و همچنین مدت زمان را مشخص کنید. شرایط پوست را ثبت کنید، هرگونه قرمزی، آسیب قبل از انجام و پس از انجام را یادداشت کنید. پاسخ بیمار به حرارت درمانی را ثبت کنید. هرگونه مقتضیات بیمار و سوابق خانوادگی را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- هنگامی که به صورت دوره‌ای، ناحیه را در طی بکارگیری گرما، بررسی می‌کنید، متوجه التهاب و قرمزی در ناحیه می‌شوید و بیمار اظهار می‌دارد که دردی دارد که قبل از گذاشتن گرما آن را نداشته است: کیف آب گرم یا پد آکواترمی را بردارید. بیمار را از نظر سایر نشانه‌ها بررسی نمایید. علایم حیاتی را کنترل کنید. یافته‌ها را به اطلاع پزشک رسانده و آن را همراه با اقدامات انجام شده برای بیمار در برگهٔ گزارش ثبت کنید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- درمان مستقیم در بیماران در معرض خطر خونریزی، بیماران مبتلا به رگ به رگ‌شدگی اندام‌ها در مراحل حاد، با بیماران مبتلا به شرایطی که با التهاب حاد همراه است، منع مصرف دارد. در بچه‌ها و افراد سالمند باید با احتیاط مصرف شود. بیماران مبتلا به دیابت، ضربه مغزی، صدمات طناب نخاعی و نوروپاتی محیطی در معرض خطر صدمات حرارتی نظیر بیمارانی که بسیار لاغر یا آسیب پوستی دارند می‌باشند. هنگام بکارگیری حرارت در مناطق حساس نظیر اسکار بافتی یا استوما شدیداً مراقب باشید.
- به بیمار آموزش دهید که مستقیماً روی وسیلهٔ گرمایی تکیه ندهند و دراز نکشند زیرا فضای هوایی بین پوست و وسیلهٔ حرارتی را کم خواهد کرد و خطر سوختگی افزایش خواهد یافت.
- متناوباً سطح آب در دستگاه آکوآترمی را کنترل نمایید: تبخیر ممکن است صورت گرفته باشد. اگر دستگاه خشک باشد، می‌تواند آسیب برساند، مجدداً با آب مقطر به طور متناوب دستگاه را پر نمایید.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- بیماران مسن بیشتر در معرض آسیب پوست و بافت قرار دارند زیرا در این افراد حساسیت گرمایی کمتر است و بافت زیرجلدی نازک‌تر شده است و قدرت تطبیق بدن با حرارت تغییر کرده است. این نوع بیماران را در مدت درمان مرتباً تحت نظر قرار داده و آنها را بررسی کنید.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- کیف آب گرم و یا پگ‌های حرارتی تجاری ممکن است در منزل به منظور ایجاد گرما مورد استفاده قرار گیرد. اگر از کیف آب گرم استفاده می‌کنید، آن را از آب گرم پر کنید. در آن را بگذارید و آن را برگردانید تا از هرگونه نشت آب مطمئن شوید. درجه حرارت را با ترمومتر حمام یا آزمون کردن حرارت با قسمت داخلی مچ دست، مطابق با حرارت دستور داده شده (معمولاً ۱۱۵° تا ۱۲۵° فارنهایت برای بزرگسالان) کنترل نمایید. حرارت را کنترل نمایید تا مطمئن شوید حرارت به کار گرفته شده در دامنهٔ حرارتی قابل قبول است کیف را تا نصف یا دو سوم پر کنید. پرکردن نسبی سبب سبکی و داشتن قابلیت انعطاف در کیف آب گرم می‌شود که می‌تواند به شکل ناحیه‌ای که می‌خواهد حرارت ببیند در بیاید. آب را فشار دهید تا به گردن کیف برسد؛ این کار باعث خال‌کردن هوا، قابلیت انعطاف و کاهش حرارت می‌شود. سر کیف را ببندید و با یک پارچهٔ جاذب آب کیف را بپوشانید. روکش‌کردن پوست را از تماس مستقیم با کیف محافظت می‌کند. اگر از پگ‌های حرارتی تجاری استفاده می‌کنید، طبق دستور کارخانهٔ سازندهٔ آن را آماده سازید و به دقت قبل از بکارگیری و بعد از استفاده پوست را بررسی نمایید.

روش کار ۹-۷ به‌کارگیری کمپرس آب استریل بر روی زخم باز

نکات قابل توجه

به کارگیری کمپرس آب استریل بر روی زخم توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازها، بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- محلول دستور داده شده برای مرطوب کردن مواد کمپرس تا ۱۰۵ الی ۱۱۰ درجه فارنهایت گرم شده
- ظرف استریل برای محلول
- گاز استریل پانسمان یا کمپرس
- دستکش یک بار مصرف تمیز
- پد جاذب آب و پتوی حمام
- حوله حمام خشک
- نوار یا چسب
- ترمومتر حمام استریل (اگر در دسترس است) به منظور کنترل حرارت محلول
- آکوآترمی یا سایر وسایل گرم‌کننده خارجی، اگر دستور داده شده و یا برای حفظ حرارت کمپرس لازم است.
- وسایل استریل برای گذاشتن پانسمان بر روی زخم پس از تکمیل روش کار
- وسایل محافظتی فردی (PPEs) اضافی، در صورت نیاز

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک را مرور نمایید که شامل تکرار و زمان لازم برای انجام است.	مرور دستور پزشک، بیمار صحیح و روش انجام کار صحیح را مشخص می‌سازد.
۲ - وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری نمایید و آنها را کنار تخت و یا روی میز کنار تخت قرار دهید.	آماده‌کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی وظایف می‌شود. قراردادن وسایل در نزدیکی سبب صرفه‌جویی در وقت و انرژی می‌شود و علاوه بر این از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار جلوگیری می‌شود.
۳ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت مورد نیاز می‌باشد.
۴ - بیمار را شناسایی کنید.	این کار سبب اطمینان از یافتن بیمار صحیح و مداخلهٔ صحیح می‌باشد.
۵ - بیمار را از نظر نیاز احتمالی به مداخلات غیردارویی کاهندهٔ درد و یا داروهای ضد درد قبل از تعویض پانسمان بررسی نمایید. ضد درد مناسب طبق دستور پزشک بدهید و زمان کافی برای تأثیر ضد درد، قبل از انجام کار، در نظر بگیرید.	درد یک تجربه ذهنی است که متأثر از تجربیات گذشته می‌باشد. مراقبت از زخم و تعویض پانسمان ممکن است برای بعضی بیماران ایجاد درد نماید.



شکل ۱. محلول زیادی را از روی گاز با فشردن بگیرید.



شکل ۲. یک لایه از گاز مرطوب را روی ناحیه مورد نظر قرار دهید.

کار	دلیل
۶ – در صورت امکان در اتاق را ببندید، پرده‌ها را بکشید. درباره آنچه که انجام می‌دهید و درباره چگونگی آن به بیمار توضیح دهید.	بستن در و کشیدن پرده‌ها خلوت بیمار را فراهم می‌نماید. توضیح دادن درباره روش انجام کار اضطراب بیمار را رفع کرده و وی را تشویق به همکاری می‌نماید.
۷ – اگر از وسیله حرارتی الکترونیکی استفاده می‌کنید، دقت نمایید که آب درون دستگاه در سطح مطلوب باشد. دو سوم دستگاه را با آب مقطر پر کنید. درجه حرارت دستگاه را کنترل کنید تا مطمئن شوید که در محدوده مطلوب می‌باشد (به مهارت ۸–۷ مراجعه کنید).	عملکرد صحیح دستگاه نیازمند وجود مقدار کافی از آب در آن می‌باشد. آب شیر سبب تجمع مواد معدنی در مخزن دستگاه می‌گردد. کنترل درجه حرارت دستگاه به پیشگیری از آسیب پوستی یا بافتی کمک می‌کند.
۸ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی که دسترسی به ناحیهٔ زخمش آسان باشد قرار گیرد. ناحیهٔ مورد نظر را باز کنید و سایر نقاط را اگر نیاز است با پتوی حمام بپوشانید. پد جاذب آب را زیر ناحیهٔ زخم بگذارید.	وضعیت‌دهی به بیمار و استفاده از پتوی حمام راحتی و گرمی را برای بیمار فراهم می‌کند. پد جاذب آب، از خیس شدن بیمار و ملافه‌ها جلوگیری می‌کند.
۹ – ظرف زباله را در راحترین محل دسترسی برای استفاده در طی کار قرار دهید.	گذاشتن ظرف زباله در کنار دست، دور انداختن پانسمان کثیف و سایر وسایل را بدون انتشار میکروارگانیسم‌ها راحتتر می‌کند.
۱۰ – محلول گرم را در ظرف بریزید و گاز را به داخل آن بیاندازید. اگر گاز از پیش گرم شده تجاری در دسترس بود، آن را باز کنید.	کمپرس را برای استفاده آماده می‌کند.
۱۱ – دستکش تمیز بپوشید. محل کمپرس را از نظر وجود التهاب، رنگ پوست و اکیموز کنترل نمایید.	دستکش‌ها از پرستار در مقابل تماس احتمالی با میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌کند. بررسی ناحیه، اطلاعاتی را در ارتباط با آن ناحیه از بدن، فرآیند بهبود و وجود عفونت در اختیار ما قرار می‌دهد. بدین ترتیب می‌توان پیش از اعمال کمپرس، وضعیت ناحیه مورد نظر را ثبت نمود.



شکل ۳. پوشاندن روی ناحیه مورد نظر با حوله حمام تمیز.

کار	دلیل
۱۲ – کمپرس استریل را از محلول گرم شده بردارید، با فشردن رطوبت اضافی آن را بگیرید (شکل ۱). به دقت و به نرمی کمپرس را روی محل زخم و به قالب آن بگذارید. از بیمار بخواهید اگر خیلی احساس داغی می‌کند بگوید.	رطوبت اضافی سبب آلودگی محیط اطراف می‌شود و برای بیمار ناراحت‌کننده است. به قالب زخم درآوردن کمپرس روی پوست سبب کاهش گرمای اطراف می‌شود.
۱۳ – روی محل را با یک لایه گاز تکی (شکل ۲) و یک حولهٔ حمام خشک بپوشانید (شکل ۳). اگر لازم است از محل محافظت نمایید.	حوله پوشش اضافی، فراهم می‌کند.
۱۴ – وسایل گرمایشی یا آکواترمی، اگر مورد استفاده است، روی حوله قرار دهید.	استفاده از وسایل حرارتی به حفظ حرارت کمپرس و تقویت اثر درمانی کمک می‌کنند.
۱۵ – دستکش استریل را خارج کنید و آن را به شکل مناسب دور بیاندازید دست‌های خود را بشویید.	شستشوی دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. برداشتن مناسب PPE ریسک انتقال میکروارگانیسم‌ها و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد.
۱۶ – زمان قرارگیری کمپرس در محل را به منظور پیشگیری از سوختن و آسیب پوست تحت نظارت قرار دهید. شرایط پوست بیمار و پاسخ بیمار را در فواصل زمانی مکرر، تحت مشاهده مداوم قرار دهید.	نتیجهٔ استفاده بیش از حد از حرارت، افزایش خطر سوختگی ناشی از گرما می‌باشد. اختلال گردش خون ممکن است در احساس گرما توسط بیمار، اثر بگذارد.
۱۷ – بعد از زمان تجویز شده جهت درمان (به اندازهٔ ۳۰ دقیقه)، وسیلهٔ حرارتی خارجی را بردارید (اگر استفاده شده) و دستکش استریل بپوشید.	پوشیدن دستکش استریل به حفظ استریلیتی کار کمک می‌کند.
۱۸ – به دقت کمپرس را بردارید، در حالی که شرایط پوست اطراف زخم و محل زخم را بررسی می‌کنید. پاسخ بیمار به کاربرد گرما را تحت مشاهده قرار دهید به هرگونه تغییر در زخم توجه نمایید.	بررسی، اطلاعات در زمینهٔ فرایند بهبود زخم، فراهم می‌سازد. وجود التهاب یا عفونت باید گزارش شود.
۱۹ – دستکش‌ها را خارج سازید، بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. تخت را پایین بیاورید. هرگونه وسایل مصرفی را دور بیاندازید.	دادن وضعیت مجدد سبب راحتی و ایمنی بیمار می‌شود.

کار	دلیل
۲۰ – در صورت استفاده از PPE اضافی، آن را در بیاورید. دست‌ها را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و ابتلا به آن را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌گردد.

ثبت

راهنمایی ها

رویه و مدت زمان کمپرس درخواستی که عبارتند از پد آکواترمی را ثبت کنید. درجه حرارت پد آکواترمی و مدت زمان انجام آن را ثبت کنید. نواحی تحت اعمال را در نظر داشته باشید، هرگونه ادم قرمزی و اکیموز را مورد توجه قرار دهید. پاسخ بیمار به روی اعم از ارزیابی درد را یادداشت کنید. هرگونه سوابق خانوادگی و بیمار را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- شما در حال نظارت بیماری هستید که کمپرس گرم روی زخم او به کار گرفته شده است. در این پروسیجر لازم است که شما هر ۵ دقیقه تحمل بافت را بررسی و کنترل نمایید. در بررسی متوجه قرمزی بیش از حد و اندکی چروکیدگی و نرم‌شدگی پوست اطراف می‌شوید و بیمار نیز به کلام می‌گوید که احساس ناراحتی می‌کند: انجام کار را متوقف کنید، کمپرس را بردارید. یک پانسمان جدید بگذارید. بیمار را از نظر سایر نشانه‌ها بررسی کنید. علایم حیاتی بگیرید. یافته‌های به دست آمده را به اطلاع پزشک برساند، و در پروندهٔ بیمار ثبت کنید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- بیماران مبتلا به دیابت، سکتهٔ مغزی، صدمات طناب نخاعی و نوروپاتی‌های محیطی در معرض خطر آسیب حرارتی هستند. همین طور بیماران بسیار لاغر و یا بیماران دارای صدمات پوستی.
- هنگام استفاده از حرارت در مناطق حساس به حرارت نظیر بافت اسکار و یا استوما، به شدت مراقب باشید.

فصل ۸

فعالیت

مترجم: شکوه ورعی

روش کار ۱-۸ بستن و بازکردن جوراب‌های ضد آمبولی

نکات قابل توجه

پوشاندن و خارج کردن جوراب‌های ضد آمبولی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- جوراب‌های ضد آمبولی الاستیک با طول تجویز شده برحسب اندازه به ترتیب.
- متر
- پودر تالک (اختیاری)
- محلول تمیزکننده پوست، کاسه و حوله
- وسایل محافظت‌کننده انفرادی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستورات پزشکی را مرور نمایید تا نیاز به جوراب‌های ضد آمبولی را تعیین نمایید.	مرور دستورات ثبت شده پزشکی، سبب انتخاب صحیح بیمار و انجام مداخله صحیح برای وی می‌گردد.
۲ - دست‌های خود را بشویید. در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت، مورد نیاز می‌باشد.

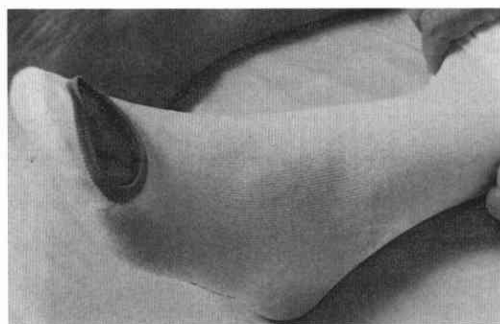
کار	دلیل
۳ – بیمار را شناسایی کنید. درباره اقدامی که انجام می‌دهید و چگونگی انجام آن به بیمار توضیح دهید.	شناسایی بیمار سبب انتخاب صحیح بیمار و انجام مداخله صحیح برای وی می‌گردد. بحث و توضیح درباره روش انجام کار، اضطراب بیمار را رفع نموده و وی را تشویق به همکاری می‌نماید.
۴ – پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌نماید.
۵ – تخت را در ارتفاع مناسبی برای انجام کار تنظیم نمایید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است.	قراردادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی پشت و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند.
۶ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت سوپاین (درازکش) قرار گیرد. اگر بیمار پیش از این نشسته و یا در حال راه‌رفتن بوده است، او را بر روی تخت خوابانده و پاهای وی را حداقل برای مدت ۱۵ دقیقه، پیش از بستن جوراب، در حد کافی بالا نگاه دارید.	قرارگیری پاها به سمت پایین سبب تجمع خون در وریدها شده و در صورتی که جوراب‌های ضد آمبولی بر روی عروق خونی احتقانی قرار گیرند، اثربخشی آنها را کاهش می‌دهند.
۷ – هر یک از پاها را جداگانه بر روی تخت قرار دهید. در صورت لزوم پاها را شسته و خشک نمایید. پودر را به آرامی بر روی پا بپاشید، مگر اینکه بیمار مشکل تنفسی یا پوست خشک داشته و یا نسبت به پودر حساسیت داشته باشد. اگر پوست خشک است می‌توان از یک لوسیون استفاده نمود. بکاربردن پودرها و لوسیون‌ها توسط برخی از سازندگان پیشنهاد نمی‌شود. بنابراین پیش از استفاده، دستورالعمل‌های روی جعبه را بخوانید.	این امر خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. بکارگیری پودر و لوسیون اصطکاک را کاهش داده و بستن جوراب‌ها آسان‌تر می‌گردد.
۸ – در انتهای تخت بایستید. دست خود را در داخل جوراب قرار دهید. ته جوراب را محکم گرفته، آن را پشت و رو نمایید (شکل ۱). پا را داخل ساق جوراب قرار دهید.	تکنیک پشت و رو کردن سبب بستن آسان‌تر جوراب‌ها می‌گردد. مواد قابل انعطاف جوراب امکان ادامه گردش خون را حفظ می‌کند.
۹ – پا را در داخل جوراب قرار داده و جوراب را بر روی آن بکشید (شکل ۲). توجه نمایید که انگشتان پای بیمار دقیقاً در وسط ناحیه قدامی جوراب قرار گیرد (شکل ۳).	پیچ‌خوردگی و اندازه نامناسب جوراب سبب اختلال در جریان خون پا می‌گردد.
۱۰ – از انگشتان و شست خود استفاده کرده، لبه جوراب را گرفته و آن را به آرامی بر روی قوزک و ساق پا کشیده و تا زانو امتداد دهید (شکل ۴). مطمئن شوید که جوراب به طور یکنواخت توزیع شده است.	با کشیدن آرام جوراب بر روی پا، اطمینان حاصل می‌شود که اندازه جوراب با آن متناسب است. توزیع یکنواخت جوراب از اختلال در جریان خون جلوگیری می‌کند.
۱۱ – جوراب را به سمت بالا بکشید. اگر ناحیه انگشتان جوراب باز است، آن را دقیقاً بر روی انگشتان قرار دهید. در صورت لزوم، از نرمی جوراب اطمینان حاصل نمایید.	راحتی انگشتان را تضمین نموده و از اختلال در جریان خون جلوگیری می‌نماید.



شکل ۱. پشت و رو کردن جوراب ضد آمبولی.



شکل ۲. قراردادن پا در داخل جوراب و کشیدن جوراب بر روی آن.



شکل ۳. اطمینان از اینکه جوراب پوشیده شده در مرکز پاشنه پا قرار دارد.



شکل ۴. کشیدن جوراب به طرف بالای پا.



شکل ۵. جوراب را به طرف بالای ران بکشید.

کار

۱۲ - اگر طول جوراب‌ها تا زانو می‌باشد، اطمینان حاصل نمایید که انتهای بالایی هر یک از آنها ۱ تا ۲ اینچ پایین‌تر از کشکک زانو قرار گیرد. اطمینان حاصل کنید که جوراب‌ها به سمت پایین پا جمع نمی‌شوند.

دلیل

از اعمال فشار و اختلال در جریان خون جلوگیری می‌کند. جمع‌شدن جوراب‌ها به سمت پایین ممکن است بر روی وریدها اثر منقبض‌کنندگی داشته باشد.

کار	دلیل
۱۳ – اگر طول جوراب تا ران می‌باشد، همچنان آن را امتداد دهید، پای بیمار را خم کنید و جوراب را از روی زانو به سمت بالا امتداد دهید.	در این اقدام، از توزیع یکنواخت جوراب اطمینان حاصل می‌شود.
۱۴ – جوراب را بر روی ران بکشید تا جایی که انتهای فوقانی جوراب، ۱ تا ۳ اینچ در زیر چین گلوتئال قرار گیرد (شکل ۵). در صورت لزوم، جوراب را تنظیم نموده تا به طور یکنواخت بر روی پا توزیع گردد. اطمینان حاصل نمایید که جوراب به سمت پایین برنمی‌گردد.	از فشار بیش از حد و اختلال در جریان خون جلوگیری می‌شود. برگشتن جوراب و پیچ‌خوردن آن می‌تواند بر وریدها فشار وارد سازد.
۱۵ – وسایل را بردارید و بیمار را در وضعیتی راحت قرار دهید. دستکش‌هایتان را درآورید، نرده‌های کنار تخت را بالا کشیده و تخت را پایین بیاورید. زنگ احضار پرستار و سایر وسایل مهم مورد نیاز را در دسترس قرار دهید.	سبب آرامش و امنیت بیمار می‌شود. درآوردن دستکش‌ها، خطر انتشار عفونت و ابتلا به آن را کاهش می‌دهد. قرار دادن زنگ و سایر وسایل مهم در دسترس بیمار موجب امنیت وی می‌شود.
۱۶ – سایر PPEها را در صورت استفاده، درآورید. دست‌هایتان را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و ابتلا به آن را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

خارج‌کردن جوراب‌ها

کار	دلیل
۱۷ – برای درآوردن جوراب، بالای جوراب را با شست و انگشتان خود گرفته و جوراب را به آرامی به سمت پایین بکشید تا قسمت داخلی آن به سمت بیرون برگردد. از پاها محافظت نمایید.	این امر از به هم خوردن الاستیسیته و ظاهر جوراب جلوگیری می‌کند و همچنین بررسی وضعیت سیستم گردش خون و وضعیت پوست اندام‌های تحتانی و همچنین مراقبت از پوست را امکان‌پذیر می‌سازد.

ثبت

راهنمایی‌ها

اندازه‌ی ساق پای بیمار را ثبت کنید. درخواست جوراب، سایز جوراب مورد نیاز و ارزیابی ساق پا و پوست بیمار و ارزیابی عصبی عروقی را یادداشت کنید

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- اندازه پای بیمار در محدوده راهکارهای موجود برای اندازه‌های در دسترَس نمی‌گنجد: پزشک را مطلع سازد. بیمار ممکن است به جورابی با سایز مختص به خود احتیاج پیدا نماید.
- بیمار با پوشیدن جوراب، درد شدیدی حس می‌کند: اگر درد قابل انتظار باشد (مثلاً زمانی که بیمار در پای خود دارای برش جراحی است)، باید پیش از پوشاندن جوراب از پیش‌داروها استفاده نمود و پس از اثرکردن این داروها، اقدام نمود. اما اگر درد قابل انتظار نباشد، باید پزشک را خبر نمود، زیرا ممکن است بیمار مبتلا به ترومبوز ورید عمقی شده باشد.
- بیمار بر روی پای خود دارای برش جراحی است: توجه داشته باشید که در هنگام پوشاندن و درآوردن جوراب، به محل برش ضربه‌ای وارد نشود. اگر برش دارای درناژ می‌باشد، مقدار کمی باند بر روی آن قرار دهید تا ترشحات آن وارد جوراب

نشود. اگر جوراب توسط ترشحات کثیف شد، با توجه به دستورات، آن را شسته و خشک نمایید.

- بیمار با داشتن جوراب، می‌خواهد حرکت کند: پیش از اقدام بیمار به حرکت، جوراب‌ها و یا دمپایی‌های مقاوم را به وی بپوشانید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- جوراب‌ها را در هر شیفت به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه درآورید. در صورت لزوم و براساس راهنمایی‌های سازنده، جوراب‌ها را شسته و در معرض هوا قرار دهید تا خشک شود.
- حداقل در هر شیفت یک بار پوست را از نظر رنگ، دما، تحریک‌پذیری، تورم و همچنین بیمار را از نظر قابلیت حرکت بررسی نمایید. اگر تظاهرات آشکاری مشاهده شد، جوراب‌ها را درآورده و پزشک را باخبر سازید.
- جوراب‌ها را بررسی نمایید تا مطمئن شوید که قسمت بالایی یا محل مربوط به انگشتان به واسطه حرکت کردن، جمع شده باشد. جمع‌شدن لبه‌های جوراب می‌تواند فشار زیادی را وارد ساخته و در جریان خون اختلال ایجاد نماید.
- علیرغم استفاده از جوراب‌های کشی و الاستیک، ممکن است بیمار به ترومبوز ورید عمقی و یا التهاب رگ دچار شود. تورم، قرمزی، تحریک‌پذیری، درد و گرمای یکطرفه از شاخص‌های احتمالی ابتلا به این اختلالات هستند. در صورت مشاهده هرگونه علامتی، به پزشک خبر دهید.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- اطمینان حاصل نمایید که بیمار یک جفت جوراب اضافی پیش از خروج از بیمارستان به همراه دارد (به جهت آسایش).
- ممکن است جوراب‌ها به همراه لباس‌های سفید دیگر به داخل لباسشویی انداخته شوند. در این صورت از سفیدشدن بیش از حد آن بپرهیزد. جوراب‌ها را پس از کامل‌شدن چرخه "حرارت پایین" از خشک‌کن درآورید تا از چروکیده‌شدن آنها جلوگیری شود. علاوه بر این، جوراب‌ها باید در معرض هوا خشک شوند. دستورات کارخانه سازنده را بخوانید.

روش کار ۲-۸ کمک به چرخاندن بیمار در تخت

نکات قابل توجه

چرخاندن بیمار در تخت توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

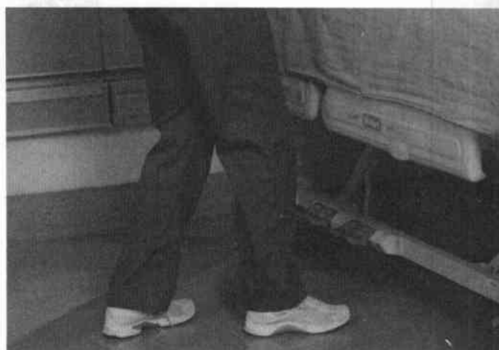
- ملحفهٔ کاهندهٔ اصطکاک یا دروشیت[1]
- سطح بادشونده تخت که به چرخش کمک می‌کند
- بالش‌ها یا دیگر وسایل حمایتی که به باقی‌ماندن بیمار در پوزیشن دلخواه بعد از چرخش کمک می‌کند و قامت صاف بیمار را برقرار می‌نماید.
- دستکش غیراستریل و سایر وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs)، در صورت لزوم
- فرد دیگری برای کمک طبق مقررات

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستورات پزشک و طرح مراقبت پرستاری برای فعالیت بیمار را مرور کنید. هرگونه محدودیت حرکتی، توانایی کمک به چرخش بیمار را تعیین کنید. برای رسیدن به طرح و رویکرد مناسب حرکت بیمار الگوریتم حرکت او را در صورت لزوم با او در میان بگذارید.	کنترل دستورات پزشک و طرح مراقبتی دقیق، رویه صحیح برای بیمار را به دنبال دارد. تعیین محدودیت‌ها و توانایی بیمار کمک به استفاده بهتر الگوریتم و پیشگیری از آسیب و کمک به تعیین بهترین طرح حرکتی بیمار می‌انجامد.
۲ - هر نوع وسیلهٔ پوزیشن دهنده یا حمایت کننده را در صورت لزوم جمع‌آوری کنید.	داشتن وسایل در دسترس مدیریت مؤثر زمان را توسعه می‌دهد.
۳ - دست‌ها را بشویید. در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت مورد نیاز می‌باشد.
۴ - بیمار را شناسایی کنید و رویه را برای او توضیح دهید.	مشخص کردن بیمار صحت بیمار و رویه صحیح را تعیین می‌نماید. بحث و توضیح به کاهش اضطراب او و آماده‌کردن بیمار برای آنچه که مورد انتظار اوست کمک می‌کند.

1- draw-sheet

کار	دلیل
۵ - درب اتاق و پرده‌های اطراف تخت را بکشید. در هر سمت از تخت باید حداقل یک پرستار قرار بگیرد. بالش‌ها و یا هر گونه ابزاری که برای وضعیت دادن به بیمار کمک کننده است را در جای خود قرار دهید. تخت را در ارتفاعی مناسب برای انجام کار خود قرار دهید که این ارتفاع معمولاً در سطح آرنج پرستار است. نرده‌های دو طرف تخت را پایین بیاورید.	بستن در یا کشیدن پرده‌ها خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. ارتفاع مناسب تخت به کاهش کشیدگی عضلات کمر در حین انجام کار کمک می‌کند. وضعیت‌دهی مناسب بیمار و پایین‌آوردن نرده‌های کنار تخت، حرکت بیمار را تسهیل نموده و حداقل فشار را بر پرستار وارد خواهد کرد.
۶ - یک ملحفه کاهنده اصطکاک را در صورت عدم وجود، در زیر بیمار قرار دهید.	ملحفه در پیشگیری از اصطکاک و کاهش آن و همچنین در کاستن از نیروی حرکت دهنده بیمار کمک‌کننده است.
۷ - با استفاده از ملحفه کاهنده اصطکاک، بیمار را به سمت لبه‌ای از تخت که مخالف سمت چرخش بیمار است، حرکت دهید. نرده‌های اطراف تخت را بالا بیاورید.	با این عمل، بیمار پس از چرخش در وسط تخت قرار خواهد گرفت. بالابردن نرده‌های تخت، امنیت بیمار را تضمین می‌کند.
۸ - اگر بیمار توانایی دارد، از وی بخواهید که نرده تخت را در سمتی که می‌خواهد به آن سمت بچرخد، با دست خود بگیرد (شکل ۱). بازوهای بیمار را به صورت ضربدری روی قفسه سینه و پای دورتر وی را نزدیک به خود قرار دهید.	تا حداکثر ممکن به بیمار کمک می‌کند تا در چرخش با پرستاران همکاری کند. این امر حرکت بیمار را تسهیل نموده و بازوی بیمار را در حین چرخش محافظت می‌نماید.
	**شکل ۱.** بیمار، نرده تخت را در سمت چرخش خود، با دست می‌گیرد و می‌چرخد. (توجه: پوشش بیمار برداشته شده که شما بتوانید روش کار را ببینید. پوشش بیمار باید حفظ شود مگر آنهایی که ضروری نیست.)
۹ - در صورت امکان، مکانیسم بادشدن تخت را در طرفی از تخت که مخالف جهت ایستادن شماست، فعال نمایید.	فعال‌کردن مکانیسم بادشدن تخت به مدت ۱۰ ثانیه به چرخش مناسب بیمار کمک نموده و کار مورد نیاز توسط پرستار را کم می‌کند. این کار به جلوگیری از کشش عضلات تحتانی پشت بیمار کمک می‌کند.



شکل ۲. مخالف مرکز بدن بیمار بایستید. پاها هم‌عرض شانه باز شده و یک پا جلوگیری از دیگری قرار گیرد.



شکل ۳. از یک ملحفه ضد اصطکاک استفاده نموده و بیمار را بغلتانید.

کار

۱۰ - پرستاری که در سمتی از تخت که سمت چرخش بیمار است، قرار گرفته، باید مخالف مرکز بدن بیمار بایستد، پاهای خود را به اندازه عرض شانه باز نموده و یک پا را جلوی پای دیگر قرار دهد (شکل ۲). عضلات باسن و شکم خود را سفت کرده و زانو خم نمایید. از عضلات پای خود برای کشیدن بیمار استفاده کنید. پرستار دیگر باید دست خود را بر روی شانه و لگن بیمار قرار داده و به وی کمک نماید تا به سمت او بغلتد. بیمار را راهنمایی کنید تا نرده تخت را در همان زمان به سمت خود بکشد. از ملحفه کاهنده اصطکاک استفاده نموده و یا بیمار را به آرامی به سمت خود بغلتانید (شکل ۳).

دلیل

این نوع قرارگیری، وضعیت مناسبی است که پرستار را در حالتی پایدار قرار می‌دهد تا بتواند از توده‌های بزرگ عضلاتش برای چرخاندن بیمار استفاده کند. این مانورها از بدن بیمار حفاظت نموده و از وزن پرستار برای کمک به چرخش استفاده می‌کند.

۱۱ - از یک بالش یا دیگر وسایل حمایتی در پشت بیمار استفاده کنید. لبهٔ شانه را به طرف خود به دور از زیر بیمار بکشید.

بالش ممکن است حمایت از بیمار و باقی‌ماندن او در پوزیشن دلخواه را برقرار نماید. پوزیشن دادن به تیغه (لبهٔ) شانه، فشار بر روی مناطق استخوانی را حذف می‌نماید.

۱۲ - بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید و اعضای بدن او را در وضعیت صحیح قرار دهید. از بالش‌هایی یا دیگر وسایل حمایتی زیر پا و بازوی بیمار در صورت نیاز استفاده کنید. بالش را زیر سر بیمار مجدداً قرار دهید. سر تخت را برای ایجاد راحتی در صورت نیاز بالا ببرید.

پوزیشن مناسب به وضعیت بدن دادن همراه با حمایت مناسب بیمار را قادر می‌سازد تا در پوزیشن دلخواه قرار بگیرد و راحت باشد.

۱۳ - تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار دهید و نرده‌های تخت بالا باشد، مطمئن شوید که زنگ اخبار و سایر مایحتاج مورد نیاز به راحتی در دسترس بیمار قرار دارد.

ارتفاع تخت را تنظیم کنید با این کار ایمنی او را تأمین نموده‌اید.

کار

۱۴ - اگر وسایل مربوط به جابجاکردن بیمار، یک بار مصرف نباشند، آنها را برطبق خط مشی مؤسسه تمیز کنید. در صورت استفاده از دستکش و PPEهای دیگر، آنها را درآورید. دست‌های خود را بشوئید.

دلیل

تمیزکردن صحیح وسایل در فواصل بین استفاده از آنها، از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. در آوردن PPE، خطر انتشار عفونت و ابتلا به آن را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

بسیاری از مؤسسات منطقه‌ای برای یادداشت در نظر گرفته‌اند تا مکان یابی آن را یادداشت کنید. مطمئن شوید که زمان تغییر مکان بیمار، هرگونه ابزار حمایتی، و مشاهدات مربوطه اعم از ارزیابی پوست را یادداشت کرده‌اید. درخواست کمک برای تسهیل جابجایی بیمار را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- شما بیماری را در تخت به تنهایی چرخانیده‌اید اما مطمئن هستید که او نمی‌تواند کمک کند و وزن او بیشتر از آن است که شما انتظار داشتید: از زنگ اخبار برای کمک طلبیدن همکار خود استفاده کنید. مطمئن شوید که بیمار پوشیده است، نرده‌های تخت بالاست، ارتفاع تخت در پایین‌ترین حد ممکن است و کسی را به کمک طلبیده‌اید، در نظر بگیرید که از ملحفه کاهنده اصطکاک و دو یا سه همکار دیگر استفاده کرده‌اید.

ملاحظات خاص

- شاخص جرم بدن (BMI) را برای بیماران بالای ۳۰۰ پوند اندازه‌گیری کنید. در صورتی که BMI بالاتر از ۵۰ باشد، الگوریتم رژیم لاغری را اجرا نمایید.

روش کار ۳-۸ حرکت بیمار به بالای تخت با کمک پرستار دیگر

نکات قابل توجه

حرکت دادن بیمار به بالای تخت توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دروشیت یا ملحفه کاهنده اصطکاک
- فرد دیگری برای کمک
- دستکش غیراستریل، سایر محافظت کننده شخصی (PPE) در صورت نیاز
- قلاب برای بلند شدن و پوشش در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – دستورات پزشکی و طرح مراقبت پرستاری را از نظر وضعیتی که ممکن است در توانایی حرکت یا پوزیشن بیمار تأثیر بگذارد را بازبینی نمایید. بیمار را از نظر وجود تیوپ، مسیر داخل وریدی، برش عمل جراحی یا تجهیزاتی که ممکن است روند پوزیشن‌دهی بیمار را تغییر دهد بررسی کنید. هرگونه محدودیت حرکتی را تعیین کنید. الگوریتم حرکت با بیمار در میان بگذارید تا طرح مناسبی برای حرکت او طراحی گردد.	بازنگری مجدد دستورات پزشک و طرح مراقبتی صحت بیمار و پروسیجر را تأیید می‌نماید (تضمین می‌نماید). تعیین محدودیت‌ها و توانایی بیمار و استفاده از الگوریتم از بروز حوادث پیشگیری نموده و کمک به تعیین بهترین طرح برای حرکت بیمار می‌کند.
۲ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE، سبب پیشگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود. نوع PPE براساس روش پیشگیری از انتشار عفونت تعیین می‌شود.
۳ – بیمار را شناسایی کنید. رویه را برای بیمار توضیح دهید.	تعیین مشخصات بیمار صحبت بیمار و پروسیجر صحیح را تضمین می‌کند. بحث و توضیح پروسیجر باعث کاهش اضطراب بیمار و آماده‌سازی او جهت آنچه که انتظار می‌رود می‌شود.
۴ – در را ببندید یا پرده‌ها را بکشید. تخت را در ارتفاع مناسب و راحت برای کارکردن قرار دهید. سر تخت را در پوزیشن صاف و یا پایین‌ترین حدی که بیمار تحمل نماید قرار دهید. تخت را در پوزیشن ترندلنبرگ خفیفی قرار دهید تا به جابجایی کمک نماید البته اگر بیمار قادر به تحمل آن است.	بستن در و کشیدن پرده‌ها خلوت بیمار را فراهم می‌کند. ارتفاع مناسب تخت اعمال فشار به کمر را حین کار کاهش می‌دهد. پوزیشن صاف کمک به کاهش نیروی جاذبه زمین حین کشیدن قسمت بالای بدن می‌شود. قرار دادن تخت در پوزیشن ترندلنبرگ خفیف به جابجایی بیمار کمک می‌کند.

کار	دلیل
۵ – کلیه بالش‌ها را از زیر بیمار بردارید. یکی از آنها را به صورت مستقیم به بالای تخت (سر تخت) تکیه دهید.	برداشتن بالش‌های زیر بیمار حرکت او را تسهیل می‌کند و قرار دادن یک بالش در بالای تخت از بروز سوانح برای سر بیمار با قسمت بالای تخت پیشگیری می‌کند.
۶ – حداقل یکی از پرستاران در طرف دیگر تخت قرار بگیرد و نرده‌های تخت پایین آورده شود.	قرارگیری مناسب و پایین کشیدن نرده‌ها حرکت بیمار را تسهیل می‌کند و فشار به پرستار را کم می‌کند.
۷ – اگر دروشیت یا ملحفه کاهنده اصطکاک زیر بیمار نیست یک ملحفه زیر بیمار در خط وسط قرار دهید.	دروشیت وزن بدن بیمار را حمایت نموده و اثرات اصطکاک در حین جابجایی را کم می‌کند.
۸ – از بیمار بخواهید (اگر می‌تواند) پاهایش را خم کند و آنها را به صورت صاف روی تخت بگذارد و به حرکت کمک کند.	بیمار می‌تواند از گروهی از عضلات بزرگ برای کشیدن استفاده کند حتی اگر بیمار خیلی ضعیف باشد که خود را در تخت بکشد، پاهایش را به همین پوزیشن قرار دهید تا به حرکت کمک کند و از پاره‌شدن پوست روی پاشنه‌ها پیشگیری شود.
۹ – دست‌های بیمار را روی سینه‌اش قرار دهید. اگر بیمار می‌تواند سر خود را در حالی که چانه روی قفسه سینه قرار دارد، جابجا کند.	چنین پوزیشنی ایجاد کمک، کاهش اصطکاک و پیشگیری از زیاد بازشدن (hyperextension) گردن را به دنبال دارد.
۱۰ – پوزیشن خود را طوری تنظیم کنید که در قسمت وسط بدن بیمار قرار بگیرد با پاهای هم عرض شانه از هم باز و یک پا کمی جلوتر از پای دیگر قرار بگیرد.	در طی این پوزیشن که هر پرستار در سمت مخالف توده بدنی بیمار قرار گرفته باشد سنگینی وزن را کم کرده و خطر آسیب‌دیدگی کاهش می‌یابد.
۱۱ – اگر امکان دارد مکانیزمی را بکار گیرید تا سطح تخت برای پوزیشن‌دهی مجدد پایدار و سفت باشد.	طوری کار کنید تا اثرات اصطکاک و تلاش مورد نیاز برای حرکت بیمار کاهش یابد.
۱۲ – دروشیت را نزدیک بیمار بسته و تا کنید قبل از اینکه آن را با دست بگیرید و آماده برای حرکت بیمار شوید.	گذاشتن دروشیت نزدیک بدن بیمار نیروی ثقل وزن بیمار به هر پرستار نزدیک شده و نگهداری مطمئن او را فراهم می‌کند.
۱۳ – زانوها و لگن خود را خم کنید. عضلات باسن و شکم خود را سفت کنید و پشت خود را صاف نگه دارید.	استفاده از عضلات بزرگ پاها و سفت کردن عضلات در طی حمل و نقل بیمار از آسیب به کمر پیشگیری می‌کند.
۱۴ – در صورت امکان، بیمار می‌تواند با فشار آوردن پاها، به حرکت خود کم کند. وزن خود را با استفاده از پای جلویی و عقبی به جلو و عقب متمایل نمایید و تا ۳ بشمارید (شکل ۱). با شمارش ۱ تا ۳ بیمار را به بالای تخت حرکت دهید (شکل ۲). در صورت لزوم فرآیند را تکرار کنید تا بیمار در پوزیشن صحیح قرار بگیرد.	حرکات نوسانی بیمار به منظور استفاده از وزن او برای مواجه‌شدن با وزن بیمار است. حرکات نوسانی، حرکات آنی را توسعه داده که جابجایی نرم همراه با حداقل آسیب به پرستار را به دنبال خواهد داشت. اگر بیمار کمک نماید حداقل تلاش را پرستار خواهد کرد.



شکل ۱. پرستار در قسمت وسط بیمار قرار گرفته و وزن خود را از پای عقب به پای جلو منتقل می‌کند تا قادر به حرکت دادن بیمار باشد.
توجه: پوشش بیمار برداشته شده که شما بتوانید روش کار را ببینید. پوشش بیمار باید حفظ شود مگر آنهایی که ضروری نیست.



شکل ۲. بیمار بر روی تخت قرار می‌گیرد.



شکل ۳. تنظیم تخت در وضعیتی امن و راحت.

کار

۱۵ – به بیمار کمک کنید تا در پوزیشن راحت قرار بگیرد و بالش‌ها و وسایل حمایتی مورد نیاز او را تهیه نمایید. سطح تخت را به پوزیشن نرمال برگردانید (اگر لازم باشد). نرده‌های تخت را بالا ببرید و تخت را در پایین‌ترین سطح نگه دارید (شکل ۳). مطمئن شوید زنگ احضار پرستار و سایر موارد مورد نیاز بیمار در دسترس وی باشد.

دلیل

بکارگیری حمایت کننده‌ها در تخت و نرده‌های تخت راحتی و ایمنی بیمار را به دنبال دارد. داشتن یک زنگ احضار پرستار و موارد اساسی مورد نیاز در دسترس به تأمین ایمنی بیمار کمک می‌کند.

کار

۱۶ - در صورتی که تجهیزات انتقال تنها برای یک فرد استفاده نمی‌شود آن را تمیز کنید. اگر از دستکش استفاده کرده‌اید آن را درآورید و دستهایتان را بشویید.

دلیل

تمیز کردن مناسب وسایل بین بیمار از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. برداشت مناسب PPE ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی ها

بسیاری از مؤسسات منطقه‌ای برای یادداشت در نظر گرفته‌اند تا مکان یابی آن را یادداشت کنید. مطمئن شوید که زمان تغییر مکان بیمار، هرگونه ابزار حمایتی و مشاهدات مربوطه اعم از ارزیابی پوست را یادداشت کرده‌اید. درخواست کمک برای تسهیل جابجایی بیمار را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- شما به کمک پرستار دیگری قصد دارید بیماری را به بالای تخت حرکت دهید. اولین تلاش شما موفقیت‌آمیز نیست، و شما مطمئن هستید که بیمار خیلی سنگین است تا با کمک دو پرستار جابجا شود: حداقل از دو همکار دیگر کمک بخواهید. از وسایل کاهنده اصطکاک در دسترس استفاده کنید. از جابجا کننده‌های کل بدن استفاده کنید. دو نفر از همکاران در سمت مخالف بیمار برای کاهش وزن شانه‌ها و باسن قرار بگیرند. در صورت لزوم از پنجمین فرد برای جابجایی پاها یا پاشنه‌های بیمار استفاده کنید. حرکت بیماران خیلی بزرگ با کمک پوزیشن‌دهی به تخت در وضعیت ترندلنبرگ خفیف و به صورت موقت، تحمل وزن او را فراهم می‌کند.

ملاحظات خاص

- وقتی که بیمار را با مشکل پا یا ران، نظیر گچ، زخم یا شکستگی حرکت می‌دهید یک نفر کمک کننده باید آن قسمت را نگه دارد و انتهاها را جابجا کند.
- شاخص جرم بدن (BMI) را برای بیماران بالای ۳۰۰ پوند اندازه‌گیری کنید. در صورتی که BMI بالاتر از ۵۰ باشد، الگوریتم رژیم لاغری را اجرا نمایید.

روش کار ۴-۸ انتقال بیمار از تخت به برانکارد

نکات قابل توجه

انتقال بیمار از تخت به برانکارد توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- برانکارد انتقال دهنده
- دروشیت یا ملحفه کاهنده اصطکاک
- پتوی حمام
- پتوی معمولی
- حداقل دو نفر کمک کننده بسته به وضعیت بیمار
- دستکش غیراستریل و در صورت نیاز، وسایل محافظت‌کننده فردی (PPEs)
- وسیله کمکی لترال نظیر تخته انتقال، تخته غلطان، یا وسایل کمکی مکانیکال لترال (اگر در دسترس باشد)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - ثبت پزشکی و طرح پرستاری را از نظر وضعیت مراقبتی که ممکن است روی توانایی بیمار در حرکت یا پوزیشن‌دهی او تأثیر داشته باشد را بازنگری نمایید. از نظر وجود تیوپ‌ها، مسیرهای داخل وریدی، برش‌های جراحی یا تجهیزاتی که ممکن است پوزیشن‌دهی را تغییر دهد را بررسی نمایید. با بیمار مشورت کنید تا از الگوریتم در صورت نیاز استفاده کند تا طرح مناسب برای حرکت بیمار به دست آید.	بازنگری ثبت پزشکی و طرح مراقبت پرستاری درست بودن بیمار و پروسیجر صحیح را تأیید می‌نماید. چک کردن وسایلی که به بیمار متصل است به کاهش خطر آسیب‌دیدگی کمک می‌کند. تعیین محدودیت‌ها و توانایی بیمار و استفاده از الگوریتم به پیشگیری از آسیب‌دیدگی کمک نموده و بهترین طرح حرکت بیمار تعیین می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. نوع PPE براساس روش پیشگیری از انتشار عفونت تعیین می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید و رویه را برای او توضیح دهید.	شناسایی بیمار، رویه صحیح و بیمار صحیح را تأیید می‌نماید. بحث و توضیحات لازمه به کاهش اضطراب و آماده‌شدن بیمار برای آنچه که انتظار دارد می‌انجامد.
۴ - در را ببندید یا پرده‌ها را بکشید. سر تخت را پایین آورید تا جایی که برای بیمار قابل تحمل باشد، تخت را تا بلندتر از برانکارد انتقال دهنده قرار دهید. اگر نرده‌های تخت بالاست، آنها را پایین بکشید.	بستن در و کشیدن پرده‌ها خلوت بیمار را فراهم می‌کند. ارتفاع مناسب تخت و پایین آوردن نرده‌ها انتقال را آسانتر می‌کند و خطر آسیب‌دیدگی را کاهش می‌دهد.

کار

۵ - پتوی حمام را بر روی بیمار قرار داده و پوشش زیری را بردارید.

دلیل

پتوی حمام، خلوت بیمار و حرارت وی را تأمین می‌کند.

کار

۶ - اگر ملحفه کاهندهٔ اصطکاک یا دروشیت زیر بیمار نیست یکی در زیر بیمار در حد وسط قرار دهید. بازوی بیمار را روی سینه‌اش قرار دهید و چانه را به طرف سینه حرکت دهید. از دروشیت برای حرکت بیمار به سمتیَ که برانکارد نزدیک تخت قرار می‌گیرد، استفاده کنید. از دستورات استفاده سازنده پیروی کنید.

دلیل

دروشیت یا دیگر وسایل جانبی وزن بیمار را تحمل می‌کنند، اصطکاک در طی جابجایی را کم می‌کنند حالت دادن بیمار با نزدیک کردن چانه به سینه و تا کردن بازوها موجب ایجاد شرایط مناسب برای کاهش اصطکاک می‌گردد و جابجایی امنی را ایجاد می‌کنند. تخته جابجایی یا دیگر وسایل کمکی جانبی حرکت بیمار را آسانتر نموده و خطر آسیب‌دیدگی پرستار و بیمار را به حداقل می‌رسانند.

کار

۷ - برانکار را نزدیک تخت و به موازات آن قرار دهید. قفل چرخ برانکارد و تخت را بزنید.

دلیل

تجهیزات پوزیشن‌دهی حمل و نقل را آسانتر کرده و خطر آسیب‌دیدگی را کاهش می‌دهد. قفل‌کردن چرخ‌ها از حرکت نمودن تخت و برانکارد جلوگیری می‌کند.

کار

۸ - دو پرستار باید سمت برانکارد بایستند و پرستار سوم در سمتی که برانکارد نیست و فقط تخت است قرار بگیرد.

دلیل

هماهنگی تیمی حمل و نقل مطمئن بیمار در طی جابجایی را فراهم می‌کند.

کار

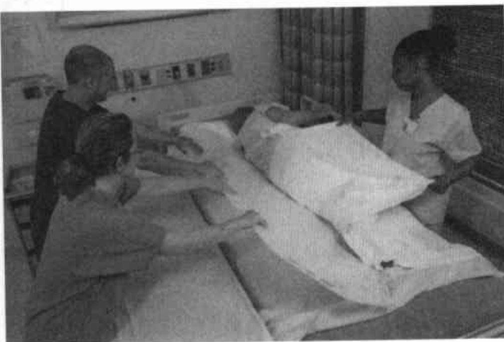
۹ - با استفاده از دروشیت بیمار را دورتر از برانکارد بغلطانید (شکل ۱). تخته انتقال را زیر بیمار در فضای بین تخت و برانکارد سر بدهید به طوری که نسبتاً زیر بیمار قرار گیرد (شکل ۲) بیمار را به پشت بغلطانید طوری که نسبتاً روی تخته انتقال قرار بگیرد.

دلیل

تخته انتقال یا دیگر وسایل جانبی کمکی، اصطکاک را کاهش داده و کار جابجایی بیمار را آسان می‌نماید.



شکل ۱. غلتاندن بیمار به سمت مخالف برانکارد.



شکل ۲. قراردادن تخته انتقال در زیر بیمار.



شکل ۳. انتقال بیمار به یک برانکارد.



شکل ۴. ایجاد امنیت و حفاظت برای بیمار.

کار

۱۰ - پرستاری که بدون برانکارد در کنار تخت ایستاده است، ملحفه ضد اصطکاک قسمت سر و سینه بیمار را محکم بگیرد. یکی از پرستارانی که در کنار تخت و در سمت برانکارد قرار گرفته است نیز قسمت سر و سینه بیمار را نگه می‌دارد و پرستار دیگر مسئول گرفتن ملحفه بخش سینه و پاهای بیمار است.

۱۱ - با علامت یکی از پرستاران، سایر پرستاران سمت برانکارد بیمار را روی ملحفه می‌کشند. در همین حال یک پرستار (یا پرستاران) روی تخت زانو زده و دروشیت را جابجا می‌کنند، و وزن بیمار را روی تخته انتقال می‌دهند و بیمار را از تخت به برانکارد می‌کشند (شکل ۳).

۱۲ - هنگامی که بیمار به برانکارد منتقل شد تخته را بردارید، از بیمار محافظت کنید تا نرده‌های تخت بالا برود. نرده‌ها را بالا ببرید (شکل ۴). مطمئن شوید که بیمار راحت است. بیمار را با پتو بپوشانید و پتوی حمام را از زیر او بردارید. ملحفه کاهنده اصطکاک یا دروشیت را برای برگرداندن بیمار به حالت اولیه زیر او باقی بگذارید. مطمئن شوید که زنگ احضار پرستار و سایر موارد مورد نیاز بیمار به آسانی در دسترس باشند.

۱۳ - براساس دستورات مؤسسه، وسایل انتقال دهنده را تمیز نمایید، مگر اینکه لزومی نداشته و یا یک بار مصرف باشند. دستکش‌ها و سایر PPEها را در صورت استفاده کردن، درآورید. دست‌ها را بشویید.

دلیل

محکم کردن ملحفه ضد اصطکاک در این محل موجب محافظت بیمار از عوارض ناشی از اصطکاک می‌گردد.

هماهنگی در انجام کار موجب تقسیم کار شده و جابجایی بیمار و نقل و انتقال او را تسهیل می‌نماید.

نرده‌های تخت ایمنی را توسعه می‌دهد، پتو راحتی و گرما را توسعه می‌بخشد. در دسترس بودن زنگ احضار پرستار و موارد مورد نیاز بیمار به ایمنی وی کمک می‌کند.

پاکسازی مطلوب وسایل و تجهیزات، پیش از استفاده از آنها، سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر افراد و تجهیزات را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

زمان و روش انتقال و مقصد بیمار را طبق مقررات مؤسسه یادداشت کنید. استفاده از کمک و تعداد افراد مورد نیاز درخواستی برای انتقال را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- نیاز هست که بیمار شما با برانکارد به دپارتمان دیگری منتقل شود. بیمار خیلی سنگین و تا حدودی گیج است و شما مطمئن نیستید که حین جابجایی همکاری کند: از الگوریتم باریاتریک استفاده کنید. سه نفر همکار را به کمک می‌طلبید. از تخته جابجایی یا وسایل کمکی مکانیکال و جانبی که در دسترس هست برای انتقال بیمار استفاده کنید.

ملاحظات خاص

- بعضی از وسایل کمکی جابجا کننده جانبی مکانیکال با موتور الکتریکی کار می‌کنند و بعضی دیگر با دست به کار می‌روند. اگر از وسایل کمکی جانبی مکانیکال استفاده می‌کنید برای حرکت دادن بیمار از دستورالعمل کارخانه پیروی کنید. با محدودیت وزنی برای قطعات مورد نیاز آشنا باشید.
- توجه داشته باشید که انتقال بیمار گاهی به افراد غیرمتخصص سپرده می‌شود. قبل از حرکت دادن بیماران نیاز هست که همه پرسنل، آموزش کامل را ببینند و مهارت لازم جهت انتقال بیمار را کسب نمایند. هنگام انتقال بیمار، ارتباط مؤثری برقرار نمایید و هرگونه محدودیت حرکتی یا مراقبت خاص مورد نیاز را مدنظر داشته باشید.
- شاخص جرم بدن (BMI) را برای بیماران بالای ۳۰۰ پوند اندازه‌گیری کنید. در صورتی که BMI بالاتر از ۵۰ باشد الگوریتم رژیم لاغری را اجرا نمایید.

روش کار ۵-۸ انتقال بیمار از تخت به صندلی

نکات قابل توجه

انتقال بیمار از تخت به صندلی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- صندلی یا صندلی چرخدار
- کمربند راه‌رفتن[۱]
- وسیلهٔ کمکی در ایستادن (اگر امکان داشته باشد)
- پرسنل کمک کننده
- پتویی جهت پوشش بیمار در صندلی
- دستکش غیراستریل و یا سایر وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) (اگر نیاز باشد)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - یادداشت پزشکی و طرح پرستاری مراقبت برای حالتی که ممکن است روی توانایی حرکتی بیمار یا پوزیشن‌دهی او تأثیر داشته باشد را مرور کنید. هر گونه تیوب، مسیر داخل وریدی، برش جراحی یا تجهیزاتی که ممکن است رویه پوزیشن‌دهی را تغییر دهد را بررسی کنید. در مورد الگوریتم با بیمار مشورت کنید اگر در دسترس باشد طرح مناسب حرکت بیمار را دنبال کنید.	مرور یادداشت‌های پزشکی و طرح‌های مراقبتی بیمار و پروسیجر صحیح را تأیید می‌نماید. محدودیت‌ها و توانایی استفاده از الگوریتم کمک به پیشگیری از آسیب و تعیین بهترین طرح حرکت بیمار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE سبب پیشگیری از انتشار عفونت می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت مورد نیاز می‌باشد.
۳ - بیمار را شناسایی کنید و رویه را برای او توضیح دهید.	شناسایی بیمار، بیمار صحیح و رویه صحیح را تأیید می‌نماید. بحث و توضیح کمک به کاهش اضطراب و آماده‌کردن بیمار جهت آنچه که انتظار می‌رود، می‌کند.
۴ - اگر نیاز شد، تجهیزات را طوری بچینید که اتاقی برای صندلی درست شود، در را ببندید و پرده را بکشید.	یک مسیر روشن از تخت به صندلی انتقال را تسهیل می‌کند. بستن در و کشیدن پرده خلوت بیمار را فراهم می‌کند.

1- Gait-belt

کار	دلیل
۵ - تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار دهید. سر تخت را بالا ببرید تا در پوزیشن نشسته قرار گیرد یا به اندازه‌ای بالا بیاید که بیمار بتواند تحمل کند.	ارتفاع و پوزیشن مناسب تخت انتقال را تسهیل می‌بخشد. مقدار انرژی مورد نیاز برای حرکت از وضعیت نشسته یا پوزیشن ایستاده به پوزیشن ایستاده کاهش می‌یابد.
۶ - مطمئن شوید که ترمز تخت کشیده شده است. صندلی را کنار تخت روبروی پایین تخت قرار دهید. اگر در دسترس بود صندلی را قفل کنید. اگر صندلی ترمز نداشت، صندلی را به یک شی مطمئن تکیه دهید.	قفل‌کردن صندلی مانع از حرکت صندلی حین جابجایی می‌شود و ثبات و ایمنی بیمار افزایش می‌یابد.
۷ - بیمار را تشویق کنید تا از وسایل کمکی جهت ایستادن استفاده کند، اگرچه آزادانه سر پا باشد یا به چیزی تکیه داده شده باشد، اگر در دسترس باشد، برای حرکت در تخت یا پوزیشن به پهلو استفاده می‌شود که روبروی تخت قرار گرفته و بیمار می‌تواند بنشیند.	تشویق به استقلال اعمال فشار روی پرسنل را کاهش داده و خطر آسیب‌دیدگی را کمتر می‌کند.
۸ ـ نرده‌های تخت را پایین بزنید و نزدیک هیپ بیمار بایستید. پاها را هم عرض شانه از هم باز کنید یک پا نزدیک بالای تخت و کمی جلوی پای دیگر قرار گرفته باشد.	مرکز ثقل پرستار نزدیک سنگین‌ترین محل وزن بیمار قرار می‌گیرد تا بیمار با کمک و ایمنی به پوزیشن نشسته قرار گیرد.
۹ - بیمار را تشویق کنید که از وسایل کمکی ایستادن استفاده کند. به بیمار کمک کنید که کنار تخت بایستد از او بخواهید پاهایش را از تخت آویزان کند. در عین حال نقطهٔ اتکا خود را روی پای عقبی بگذارید تا تنه و شانه‌های بیمار جابجا شود. پشت خود را مستقیم نگه دارید و از چرخش (چرخیدن) بپرهیزید.	نیروی ثقل پاهای بیمار را از روی تخت پایین‌تر می‌آورد. پرستار نقل و انتقال وزن را در جهت حرکت انجام می‌دهد و از آسیب‌دیدگی کمر (پشت) خود پیشگیری می‌کند.
۱۰ - روبروی بیمار بایستید و هرگونه مشکلات تعادلی یا شکایت از سرگیجه را بررسی کنید (شکل ۱). قبل از ادامه دادن به کار، چند دقیقه‌ای پاها آویزان باشد.	ایستادن روبروی بیمار از سقوط او و یا آسیب‌های ناشی از کاهش فشار خون ارتوستاتیک پیشگیری می‌کند. پوزیشن نشسته انتقال به صندلی را تسهیل نموده و به سیستم گردش خون اجازه می‌دهد تا با تغییر پوزیشن سازگار شود.
۱۱ - به بیمار کمک کنید تا لباس گشاد و کفشی که لیز نیست را بپوشد.	لباس گشاد گرما و خلوت او را فراهم می‌نماید و پاشنه‌های مطمئن کفش خطر سقوط را کاهش می‌دهد.
۱۲ - کمربند راه‌رفتن را بنا به بررسی انجام شده و نیاز به انجام آن دور کمر بیمار ببندید (شکل ۲).	مراقبت کننده کمربند راه‌رفتن را محکم می‌گیرد و خطر آسیب‌های عضلانی اسکلتی به بیمار و پرستار کم می‌شود و به پرستار کمک می‌کند تا اگر بیمار تعادل خود را از دست داد پرستار او را محکم بگیرد.
۱۳ - روبروی بیمار بایستید. پاها را هم عرض شانه باز کنید و هیپ و زانوها را خم کنید.	این پوزیشن ثبات را ایجاد کرده و حرکت نرم و آرام با استفاده از عضلات بزرگ پا را امکان‌پذیر می‌سازد.



شکل ۱. ایستادن در روبروی بیمار و بررسی هرگونه اختلال تعادلی و یا شکایت از سرگیجه.



شکل ۲. بستن کمربند راه‌رفتن بر دور کمر بیمار.

۱۴ – از بیمار بخواهید که باسن خود را روی لبهٔ تخت بکشد تا پاهایش با کف تخت در تماس قرار بگیرد. خود را در حد امکان به بیمار نزدیک کنید در حالی که پای شما خارج از پای بیمار قرار گرفته است. اگر پرستار دومی کمک می‌کند از او بخواهید همین پوزیشن را داشته باشد. کمربند راه رفتن بیمار را محکم کنید (شکل ۳).

انجام این کار تعادل و حمایت را فراهم می‌کند.

۱۵ – بیمار را تشویق به استفاده از وسیله کمکی ایستادن بکنید. اگر لازم باشد پرسنل بعدی کمربند راه‌رفتن بیمار را از جهت مخالف محکم بگیرد. از کمربند راه‌رفتن استفاده کنید و به بیمار کمک کنید که بایستد. به جلو و عقب هنگام شمارش تا عدد ۳ حرکت کنید. با شماره ۳ با استفاده از پاها (نه کمرتان) به بیمار کمک کنید تا در پوزیشن ایستاده قرار گیرد (شکل ۴). اگر اندیکاسیون داشت، از بریس برای زانوی جلویی بیماری که ضعف در اندام‌ها هنگام ایستادن دارد استفاده کنید. تعادل و قدرت پای او را بررسی کنید. اگر بیمار ضعیف است و عدم ثبات دارد بیمار را به تخت برگردانید.

گرفتن کمربند راه‌رفتن از بروز حادثه برای بیمار پیشگیری می‌کند. بستن بریس به اندام ضعیف بیمار از تورم زانوی ضعیف و سقوط او پیشگیری می‌کند. بررسی تعادل و قدرت بیمار کمک به تعیین نیاز جهت کمک‌های بیشتر و پیشگیری از سقوط بیمار می‌کند.

۱۶ – روی پای عقبی خود تکیه کنید و به بیمار کمک کنید تا بچرخد تا جایی بیمار احساس کند روبروی صندلی قرار گرفته است.

این عمل پوزیشن‌دهی مناسب قبل از نشستن را فراهم می‌کند.

۱۷ – از بیمار بخواهید هنگامی که به آرامی پایین می‌آید تا در پوزیشن نشسته قرار بگیرد آرنج خود را روی دستهٔ صندلی قرار دهد. با زانوهایتان محکم زانوهای بیمار را بگیرید و کمربند راه‌رفتن را محکم نگه دارید. هیپ و زانوها را هنگام کمک به بیمار و نشستن در صندلی خم کنید (شکل ۵).

بیمار از بازوی خود برای حمایت و ثبات استفاده می‌کند. خم‌کردن هیپ پا و زانوها با استفاده از دستجات بزرگ عضلانی به حرکت کمک نموده و فشار به پشت (کمر) پرستار را کم می‌کند.

کار

دلیل



شکل ۳. نزدیک بیمار بایستید و کمربند راه رفتن وی را محکم کنید.



شکل ۴. پرستار از پاهای خود برای کمک به بلندشدن بیمار و قرارگیری در وضعیت نشسته استفاده می‌کند.



شکل ۵. کمک به بیمار برای نشستن.

۱۸ – قامت بیمار در صندلی را بررسی کنید. کمربند راه‌رفتن را بردارید. براساس راحتی بیمار می‌توان کمربند را هنگام برگشتن به تخت باز نکرد بیمار را با یک پتو در صورت نیاز بپوشانید. زنگ اخبار را در اختیار او قرار دهید. مطمئن شوید زنگ احضار پرستار و سایر موارد مورد نیاز بیمار به آسانی در دسترس بیمار باشد.

بررسی راحتی را توسعه می‌بخشد، پتو گرمی و خلوت بیمار را فراهم می‌کند، در اختیار گذاشتن زنگ اخبار به توسعه ایمنی کمک می‌کند.

۱۹ – وسایل جابجاکننده بیمار را براساس دستورات مؤسسه، تمیز نمایید. اگر دستکش و یا سایر PPEها را پوشیده‌اید آنها را خارج کنید و دستهایتان را بشویید.

تمیزی مطلوب وسایل پیش از استفاده بیمار از آنها، و از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها پیشگیری می‌کند. برداشتن مناسب PPE ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد.

ثبت

راهنمایی ها

فعالیت‌ها، عبارت‌اند از مدت زمانی که بیمار در صندلی نشسته است و هرگونه مشاهدات و سطح تحمل بیمار و پاسخ به فعالیت

را ثبت کنید. استفاده از کمک و تعداد افراد درخواستی جهت انتقال را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- شما به بیماری کمک می‌کنید که از تخت خارج شود. مرتبهٔ قبلی بیمار از تخت خارج شده و شما برای کمک به او مشکلی نداشته‌اید لذا این بار می‌خواهید به تنهایی کار کنید. بیمار در کنار تخت پوزیشن داده شده است. هیپ‌ها و زانوهایتان را برای کمک به ایستادن بیمار خم می‌کنید. در حالی که شما به سمت صندلی می‌چرخید بیمار احساس سبک‌شدن در سر و ضعف می‌کند و زانوهایش قفل شده است. بیمار سنگین‌تر شده تا به صندلی منتقل شود: حرکت به سمت صندلی را ادامه ندهید. بیمار را به طرف لبهٔ تخت برگردانید. او را به رختخوابش برگردانید، او را بپوشانید و نرده‌های تخت را بالا ببرید. علایم حیاتی را کنترل کنید و هرگونه علایم دیگر را بررسی کنید. بعد از اینکه علایم فروکش کرد و شما آماده شدید که مجدداً بیمار را بلند کنید از پرستار دیگری برای کمک استفاده کنید. قبل از ایستادن بیمار مدت طولانی‌تری پاهای بیمار آویزان از تخت قرار بگیرد. قبل از اینکه بیمار بلند شود از نظر سبک‌شدن سر و یا سرگیجه بررسی شود. اگر هرگونه علایم یا یافتهٔ مهم و پایداری دیده شد با پزشک در میان گذاشته شود.

ملاحظات خاص

- انتقال بیمار به صندلی یا توالت با استفاده از نیروی کمکی ایستادن[1] و پوزیشن‌دهی مجدد برای جابجایی حاصل می‌شود (امکان‌پذیر خواهد بود). این وسایل توسط بیمار مورد استفاده واقع خواهد شد با توانایی تحمل وزن روی حداقل یک پا که می‌تواند دستورات را دنبال کند و همکاری نماید. یک زنجیر ساده زیر بازوها و دور کمر بیمار بسته شود. بیمار پاهایش را روی وسیلهٔ foot rest قرار داده و دست‌هایش را روی دسته قرار می‌دهد. وسیله مکانیکی بدون هیچگونه جابجایی توسط بیمار، به ایستادن او کمک می‌کند. هنگامی که بیمار ایستاد وسیله به صندلی، توالت یا تخت بسته خواهد شد. بعضی از وسایل از foot rest جداشدنی هستند و مانند والکر قابل استفاده خواهد بود. بعضی از آنها مقیاسی دارند که با همکاری وسیله برای تحمل بیمار به کار می‌رود.
- بیمارانی که قادر به تحمل نسبی یا کامل وزن نیستند و کسانی که هوشیاری ندارند باید با کمربندهایی که تمام بدن را حمایت می‌کنند جابجا شوند.
- شاخص جرم بدن (BMI) را برای بیماران بالای ۳۰۰ پوند اندازه‌گیری کنید. در صورتی که BMI بالاتر از ۵۰ باشد الگوریتم رژیم لاغری را اجرا نمایید.
- انتقال بیماران بعضی اوقات به افراد غیرمتخصص سپرده می‌شود. قبل از حرکت بیماران، همه پرسنل باید دستورالعمل را کامل کنند و قادر به انجام مهارت بازگرداندن بیمار به تخت باشند. قبل از جابجایی با هرگونه محدودیت حرکتی یا نیازهای مراقبتی خاص آشنا شوید.

1- Powered stand assist

فصل ۹

راحتی

مترجم: شکوه ورعی

روش کار ۱-۹ ماساژ پشت

نکات قابل توجه

ماساژ پشت توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- پودر (اگر استفاده آن منع نشده باشد)
- حوله
- ابزار سنجش درد
- پتوی حمام
- دستکش غیراستریل (در صورت لزوم)
- وسایل محافظت‌کننده فردی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت، مورد نیاز است.
۲ – بیمار را شناسایی کنید.	معین‌کردن بیمار ما را مطمئن می‌سازد که بیمار نیازمند ماساژ، مداخله را دریافت می‌کند و از بروز اشتباه، جلوگیری به عمل می‌آید.

کار	دلیل
۳ - پیشنهاد ماساژ پشت را به بیمار بدهید و رویه را برای وی شرح دهید.	توضیح دادن رویه برای بیمار، سبب می‌شود تا بیمار بهتر آن را درک نموده و تشویق به همکاری شود و علاوه بر این، اضطراب بیمار کاهش می‌یابد.
۴ - در صورت لزوم، دستکش بپوشید.	پوشیدن دستکش، معمولاً ضروری نمی‌باشد. دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند.
۵ - در را ببندید و یا پرده اطراف تخت را بکشید.	بستن در و کشیدن پرده خلوت بیمار را فراهم می‌کند ری‌کلسیشن را بیشتر نموده و سر و صدا و محرکاتی که درد را بیشتر می‌کند، کم می‌نماید و راحتی را به ارمغان می‌آورد.
۶ - درد بیمار را با استفاده از ابزار مناسب بررسی و شناخت و مقیاس اندازه‌گیری، بررسی کنید.	بررسی و شناخت دقیق برای راهنمایی درمان/ مداخلات راحتی و ارزشیابی مؤثر بودن کنترل درد، لازم و ضروری است.
۷ - تخت را در اندازه‌ای که برای کارکردن شما راحت باشد تنظیم کنید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است و نرده‌های تخت سمت خودتان را پایین بکشید.	اندازهٔ مناسب تخت مشکلات کمر هنگام انجام رویه را کمتر می‌کند.
۸ - به بیمار کمک کنید تا در پوزیشن مناسب قرار بگیرد ترجیحاً به شکم خوابیده یا به پهلو قرار گیرد. لباس‌ها و پوشش بیمار را تا حد شانه‌ها از بالا و تا منطقه ساکرال در پایین بدن، به کار بزنید و در صورت نیاز با پتوی حمام مناطقی که نیاز هست را بپوشانید.	این پوزیشن منطقهٔ مورد نیاز برای ماساژ را در معرض دید قرار می‌دهد. پوشش بیمار با پتوی حمام، گرما و خلوت را برای او فراهم می‌نماید.
۹ - لوبریکنت یا لوسیون ماساژ را در کف دست و یا با قرار دادن آنها در یک ظرف کوچک دارای آب گرم، گرم نمایید. در حین ماساژدادن، پوست بیمار را از نظر قرمزی یا مناطق باز بررسی نمایید. مخصوصاً به پوست روی برجستگی‌های استخوانی توجه ویژه‌ای داشته باشید.	لوسیون سرد ایجاد لرز و عدم راحتی می‌کند. فشار ایجاد شده ممکن است در جریان خون اشکال ایجاد کند و سبب زخم‌های فشاری شود.
۱۰ - از لامپ‌های گرمایی که چرخدار هستند (effleurage) استفاده کنید و لوسیون را به شانه‌ها، پشت، منطقه ساکرال بمالید (شکل ۱).	لامپ‌های گرمازا بیمار را شل کرده و انقباضات را کم می‌کند.
۱۱ - هر دو دست را در کنار یکدیگر و به موازات ستون فقرات بیمار قرار دهید و سپس به سمت بالا به طرف شانه‌ها و بعد به طرف پایین به سمت پشت و باسن به آرامی و با حرکات مداوم، حرکت کنید (شکل ۲). این کار را چندین بار انجام دهید.	تماس مداوم به صورت نوازش، جریان خون را تحریک نموده و شل شدن عضلات را به دنبال دارد.



شکل ۱. نحوه مالیدن لوسیون به شانه‌ها، پشت و ناحیه ساکرال.

کار

۱۲ - ماساژ شانه‌های بیمار، پشت، و منطقهٔ بالای خار ایلیاک و ساکروم به صورت حرکات دورانی باشد. هر دو دست در تماس کامل با پوست بدن بیمار باشد. این کار را چندین دقیقه ادامه دهید و در صورت لزوم از لوسیون مجدداً استفاده کنید.

دلیل

حرکات نرم ماساژ همراه با تماس مداوم، شل‌شدن عضلات را بیشتر می‌کند.

۱۳ - مشت و مال[1] بیمار را با چنگ‌زدن و تحت فشارملایم قرار دادن پوست و حرکات ملایم انجام دهید (petrissage) (شکل ۳).

مشت و مال دادن جریان خون را بیشتر می‌کند.



شکل ۲. نحوه انجام ماساژ



شکل ۳. مشت و مال بیمار با حرکات ملایم

1- Knead



شکل ۴. نحوه انجام ماساژ با حرکات و قدرت بیشتر

کار	دلیل
۱۴ - ماساژ را با حرکات قدرت بیشتر انجام دهید و سپس فشار وارده را کم کنید (شکل ۴).	حرکات با قدرت بیشتر شل‌شدن را بیشتر می‌نماید و حرکات مداوم با کم‌کردن فشار به احساس شل‌شدگی بیشتر کمک می‌کند.
۱۵ - از حوله برای پاک‌کردن لوسیون اضافه روی پوست استفاده کنید.	خشک‌کردن احساس راحتی را ایجاد می‌کند و حس مرطوب بودن پشت را کم می‌کند.
۱۶ - در صورت پوشیدن دستکش، آنها را درآورید. گان و پوشش بیمار را مجدداً بپوشانید. نرده‌های تخت را بالا برده و تخت را پایین بیاورید. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید.	پوشاندن مجدد لباس‌ها و پوشش‌های بیمار به احساس راحتی و امنیت بیمار کمک می‌کند.
۱۷ - در صورت استفاده از PPEهای اضافی، آنها را درآورید. دست‌ها را بشوئید.	درآوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی سایرین را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۸ - پاسخ بیمار را نسبت به ماساژ ارزیابی نمایید. با استفاده از ابزار بررسی درد، میزان ناراحتی و درد بیمار را مجدداً بسنجید. برنامه مراقبتی را مجدداً بررسی نموده و در صورت امکان آن را تغییر دهید.	بررسی مجدد به تناسب برنامه مراقبتی برای هر فرد کمک کرده و حداکثر راحتی بیمار را تضمین می‌نماید.

ثبت

راهنمایی‌ها

درد و سایر علایم را ارزیابی و ثبت کنید. نوع و طول مدت ماساژ و واکنش بیمار را نسبت به ماساژ ثبت کنید. درمان‌های جایگزینی توصیه شده مناسب را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار شما نمی‌تواند به شکم بخوابد لذا شما مجبورید در پوزیشن به پهلو خوابیده ماساژ او را انجام دهید. به هر حال همانطور که شما مشغول ماساژ می‌شوید بیمار هم در پوزیشن به پهلو خوابیده نمی‌تواند باقی بماند. اگر امکان داشته باشد از او بخواهید نرده‌های تخت را با دست بگیرد. اگر این کار امکان‌پذیر نبود و بیمار قادر به همکاری با شما نبود از بالش‌ها یا

پتوی حمام جهت پیشگیری از چرخش بیمار استفاده کنید. اگر لازم شد از فرد دیگری برای نگهداری بیمار در پوزیشن خاص کمک بگیرید. اگر امکان داشت براساس وضعیت و راحتی بیمار سایر پوزیشن‌ها را برای اعمال ماساژ امتحان کنید مثلاً نشسته روی صندلی در حالی که به جلو خم شده و یک بالش روی میز او قرار گرفته است.

- هنگامی که پشت بیمار را ماساژ می‌دهید به منطقهٔ سرخ شده در ساکروم بیمار توجه کنید: مشاهدات را در برگهٔ پزشکی بیمار وارد کنید و به پزشک اطلاع دهید. منطقهٔ سرخ شده را ماساژ ندهید. هنگامی که ماساژ پشت کامل شد، پوزیشن بیمار را روی منطقهٔ ساکرال با استفاده از بالش‌ها برقرار کنید و براساس جدول زمانی هر مؤسسه، تغییر پوزیشن دهید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- قبل از ماساژ پشت، ساختار بدن و حالت پوست بیمار را بررسی کنید و بر طبق آن طول دوره و شدت ماساژ را برنامه‌ریزی کنید. اگر برنامه ماساژ پشت مربوط به وقتی است که بیمار در تخت قرار گرفته و موقع خواب او است او را از قبل آماده کنید تا ماساژ به خوب خوابیدن او کمک نماید.
- اگر پوست بیمار چرب است، از پودر تالک یا لوسیون‌هایی که بیمار خود انتخاب می‌نماید استفاده کنید. به دلیل خطر پخش شدن پودر در فضا، اگر بیمار لوله تراکیال یا اندوتراکیال دارد، از پودر استفاده نکنید. پودر و لوسیون را با همدیگر استفاده نکنید زیرا باعث خیس‌شدن پوست می‌شود.
- هنگامی که پشت بیمار را ماساژ می‌دهید روی یک پا که کمی به طرف جلو قرار گرفته بایستید و زانوهای شما کمی خم شده باشد تا به شما اجازه داده شود که از عضلات بازوها و شانه به خوبی استفاده کنید.

ملاحظات مربوط به نوزادان وکودکان

- کودک و یا نوزاد را در پوزیشن راحت و حمایتی قرار دهید نظیر در بغل گرفتن او یا در دامن قرار دادن کودک.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- به آرامی ماساژ دهید. پوست سالمندان اغلب شکننده و خشک است.

فصل ۱۰

تغذیه

مترجم: فریبا تباری

روش کار ۱-۱۰ واردکردن لوله بینی-معده‌ای (NG)

نکات قابل توجه

وارد کردن لوله بینی - معده‌ای فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- لوله بینی - معده‌ای در اندازه مناسب (۱۸-۸ فرنچ)
- ماده لغزنده‌کننده محلول در آب
- چراغ قوه
- گوشی پزشکی
- ست شستشو شامل سرنگ تومی (۵۰-۲۰ میلی‌لیتری)
- دستمال کاغذی
- دستگاه ساکشن (در صورت لزوم)
- سنجاق قفلی و باند لاستیکی
- رسیور مخصوص استفراغ
- مسدود کننده پوست
- نوار اندازه‌گیری (متر)
- آبسلانگ
- مادهٔ بی‌حس‌کنندهٔ موضعی اسپری یا ژل (اختیاری)
- محلول نرمال سالین یا آب استریل (فقط برای شستشو)
- چسب ضدحساسیت (به پهنای ۲/۵ سانتی‌متر)
- لیوان آب با نی
- حوله حمام یا پد یک بار مصرف
- کلمپ
- دستکش یک بار مصرف
- کاغذ pH سنج
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک را جهت واردکردن لوله بینی - معده‌ای کنترل کنید. وسایل را که شامل انتخاب لولهٔ بینی - معدی مناسب است جمع‌آوری کنید.	اطمینان حاصل می‌شود که درمان درستی بر روی بیمار انجام می‌گیرد. این کار سبب می‌شود وظیفه خود را به صورت سازمان یافته انجام دهید. لوله بینی، معدی باید شفاف بوده، حاوی درجه‌بندی‌های مشخص و قابل دید باشد و ممکن است حاوی چندین خروجی برای آسپیراسیون باشد.
۲ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده نمایید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. نوع PPE براساس روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن شوید که او بر طبق دستور پزشک به طور صحیح از راه لوله بینی - معدی مواد غذایی مناسب را دریافت می‌کند.
۴ - روش کار را برای بیمار توضیح دهید و دلیل منطقی جهت نیاز وی برای داشتن لوله بینی - معدی بیاورید. در مورد ناراحتی‌هایی که ممکن است در حین انجام کار تجربه کند و مداخلات احتمالی که می‌تواند به رفع این ناراحتی کمک نماید با بیمار صحبت کنید. به سؤالات بیمار پاسخ دهید.	توضیح دادن سبب همکاری بیشتر بیمار می‌شود. برخی بیماران مورد مطالعه گزارش می‌کنند که در بین تمام روش‌های درمانی، واردنمودن یک لوله بینی - معدی دردناک‌تر است. ژل یا اسپری لیدوکائین روش انتخابی جهت کاهش ناراحتی بیمار در حین وارد نمودن لوله می‌باشد.
۵ - وسایل را کنار تخت بیمار بگذارید به نحوی که در دسترس باشد.	قرار دادن وسایل، در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.
۶ - پردهٔ کنار تخت بیمار را بکشید یا درب اتاق را ببندید. ارتفاع تخت را در اندازه مناسب برای انجام کار تنظیم نمایید که معمولاً در سطح آرنج پرستار می‌باشد. به بیمار کمک کنید تا در وضعیت نشسته قرار گیرد و چنانچه قادر به قرارگرفتن در این وضعیت نیست بیمار را در زاویه ۴۵ درجه قرار دهید (شکل ۱) و روی سینهٔ او را با حولهٔ حمام یا پد یک بار مصرف بپوشانید. رسیور مخصوص استفراغ و دستمال کاغذی را در دسترس داشته باشید.	کشیدن پرده یا بستن درب اتاق سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود. تنظیم تخت در ارتفاع مناسب سبب پیشگیری از کشیدگی عضلات پشت پرستار می‌شود. در وضعیت نشسته عمل بلع طبیعی‌تر انجام می‌شود و چنانچه بیمار استفراغ کند از آسپیراسیون پیشگیری می‌شود. عبور لوله ممکن است سبب تحریک رفلکس اُغزدن و ریزش اشک از چشم‌ها شود.
۷ - طول لوله را برای ورود مشخص نمایید به طوری که نوک لوله را کنار سوراخ بینی بیمار قرار داده و تا نرمه گوش (شکل ۲) و از آن جا تا زایده گزیفوئید استخوان جناغ سینه ادامه دهید (شکل ۳). سپس روی لوله را با یک تکه چسب علامت بگذارید.	با اندازه‌گیری، مطمئن می‌شوید که طول لوله به اندازه کافی بلند است که وارد معده بیمار بشود.



شکل ۱. قرار دادن بیمار در وضعیت نیمه نشسته یا نشسته کامل جهت گذاشتن لوله معده.



شکل ۲. اندازه‌گیری لوله از بینی تا نرمه گوش



شکل ۳. اندازه‌گیری لوله از نرمه گوش تا زائده گزیفوئید

کار

۸ – دستکش بپوشید. نوک لوله را با ماده لغزنده محلول در آب آغشته کنید (حداقل ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر). برای سوراخ‌های بینی و حلق از مادهٔ بی‌حس‌کنندهٔ موضعی استفاده کنید

دلیل

لغزنده‌کردن لوله اصطکاک را کاهش داده و سبب تسهیل عبور لوله به داخل معده می‌شود. مادهٔ لغزاننده محلول در آب اگر تصادفاً وارد ریه‌ها شود، سبب پنومونی نخواهد شد. مادهٔ بی‌حس‌کننده سبب کاهش ناراحتی بیمار می‌شوند. در صورت لزوم در ارتباط با نوع بی‌حس کنندهٔ موضعی (ژل یا اسپری) با پزشک مشورت نمایید.

کار

۹ – پس از انتخاب بینی مناسب، از بیمار بخواهید که سرش را کمی به سمت عقب روی بالش خم کنند. لوله را در حالی که به آرامی به سمت پایین و عقب می‌رانید از سوراخ بینی عبور دهید (شکل ۴). لوله به حلق بیمار می‌رسد ممکن است اُغ بزند. برای پاک‌کردن اشک چشمان بیمار به او دستمال کاغذی بدهید.

دلیل

چنانچه لوله براساس انحنای طبیعی مجرای بینی وارد گردد تحریک کمتری ایجاد می‌کند و احتمال ایجاد آسیب مخاطی کاهش می‌یابد. رفلکس اُغزدن به آسانی توسط لوله تحریک می‌شود. سرازیرشدن اشک چشم‌های پاسخ طبیعی به عبور لوله از ناحیه حلق است. بسیاری از بیماران اظهار می‌نمایند که رفلکس gag و ناراحتی گلو از عبور لوله از داخل بینی دردناک‌تر است.



شکل ۴. واردنمودن لوله در وضعیتی که سر بیمار بالا باشد.

کار

۱۰ – هنگامی که به حلق رسیدید به بیمار آموزش دهید که چانه‌اش را در تماس با سینه قرار دهد. او را تشویق می‌کنیم که مکرراً عمل بلع را انجام دهد حتی اگر مجاز به خوردن مایعات نباشد، زمانی که بیمار عمل بلع را انجام می‌دهد لوله را به طرف پایین و عقب هدایت می‌کنیم (شکل ۵). هنگامی که بیمار می‌خواهد نفس بکشد، کار را متوقف کنید. اگر بیمار سرفه می‌کند و یا اُغ می‌زند محل لوله را با آبسلانگ و چراغ قوه بررسی کنید. تا هنگامی که به علامت روی لوله برسید لوله را به سمت جلو هدایت نمایید. با زور لوله را وارد نکنید. اگر لوله خم شد، لوله را صاف کنید و مجدداً سعی کنید آن را بداخل فرو ببرید. اگر با مقاومت مواجهه شدید لوله را بچرخانید.

دلیل

آوردن سر به طرف جلو به بسته‌شدن تراشه و بازشدن مری کمک می‌کند. عمل بلع نیز سبب جلورفتن لوله می‌شود زیرا اپی‌گلوت مدخل تراشه را می‌بندد و به این ترتیب باعث کاهش رفلکس اغزدن و سرفه می‌گردد. چنانچه لوله در پشت حلق جمع شود احتمال ایجاد سرفه‌های بیشتر و اُغزدن‌های مکرر وجود دارد. فشار آوردن به لوله نیز ممکن است باعث آسیب غشاء مخاطی شود.

کار

۱۱ – چنانچه در هنگام اجرای کار علائمی از دیسترس (زجر تنفسی) مانند نفس‌نفس‌زدن، سرفه‌کردن، سیانوز و عدم توانایی صحبت‌کردن یا تولید صدا وجود داشت، کار را متوقف کنید و لوله را خارج کنید.

دلیل

چنانچه بیمار علائم دیسترس و عدم توانایی صحبت‌کردن یا تولید صدا را داشته باشد، لوله داخل راه هوایی قرار دارد. چنانچه پس از سه مرتبه تلاش جهت واردنمودن لوله موفق به انجام کار نشدید، پرستار دیگری این کار را انجام دهد یا بیمار را به واحد مراقبت بهداشتی حرفه‌ای دیگری ارجاع دهید.



شکل ۵. جلوبردن لوله هنگامی که بیمار چانه را در تماس با قفسه سینه قرار داده و عمل بلع را انجام می‌دهد.

کار

۱۲ - در مدتی که لوله به آرامی به بینی متصل است، مشخص نمایید که لوله داخل معده بیمار باشد.
الف - سرنگ را به انتهای لوله وصل کنید و مقدار کمی از محتویات معده را آسپیره نمایید.

ب - pH مایع آسپیره شده را توسط کاغذ pH و یا یک pH سنج، اندازه‌گیری کنید. یک قطره از ترشحات معدی را بر روی کاغذ pH ریخته و یا مقدار کمی از آن را داخل کاسه فلزی ریخته و کاغذ pH را در آن فرو برید. پس از ۳۰ ثانیه، رنگ کاغذ را با جدولی که توسط کارخانه سازنده تهیه شده، مقایسه نمایید (شکل ۶).

ج - محتویات آسپیره شده را از نظر رنگ و غلظت بررسی کنید.

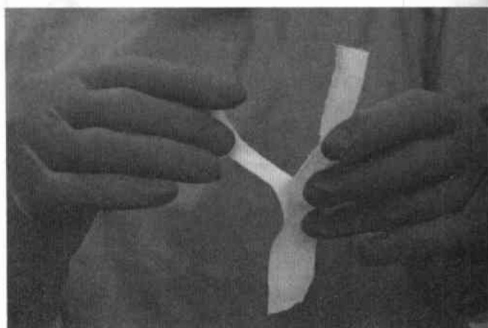
دلیل

نگهداشتن لوله با چسب باعث ثابت ماندن آن می‌شود تا زمانی که وضعیت بیمار مشخص گردد.
چنانچه محتویات معده را بتوان آسپیره نمود، لوله داخل معده قرار گرفته است و pH مایع آسپیره شده را نیز آزمایش کنید تا مطمئن شوید که لوله داخل معده می‌باشد. چنانچه نتوانید ترشحات را آسپیره کنید، وضعیت بیمار را تغییر دهید و لوله را با ۳۰ میلی‌لیتر هوا شستشو بدهید. انجام این کار ممکن است به وقت زیادی نیاز داشته باشد. دستورالعمل‌های توصیه شده رایج پرستار را مطمئن می‌سازد که با استناد به چند روش نه تنها یک روش، لوله در جای مناسبی قرار گرفته است.
تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که می‌توان با تعیین pH، محل صحیح قرارگیری لوله بینی - معدی را تعیین کرد. pH محتویات معده اسیدی هستند (کمتر از ۵/۵). اگر بیمار از داروی کاهنده اسید استفاده کرده باشد، این میزان به ۴ تا ۶ خواهد رسید. pH مایع روده‌ای در حدود ۷ یا بالاتر است. pH مایع تنفسی ۶ یا بالاتر است. این روش به طور مؤثری مایع روده‌ای و مایع جنبی را از یکدیگر افتراق نمی‌دهد.
شیره معده سبز رنگ همراه با وجود ذرات سفید است و چنانچه دارای خون قدیمی باشد به رنگ قهوه‌ای دیده می‌شود مایع روده‌ای نیز معمولاً زرد طلایی روشن تا تیره یا سبز مایل به قهوه‌ای است. ترشحات نای و برونش‌ها معمولاً به رنگ خرمایی روشن است مایع پلور می‌تواند به رنگ کاهی باشد و معمولاً رقیق است. بلافاصله پس از واردکردن لوله بینی - معدی مقدار کمی ترشحات خونی ممکن است مشاهده شود.

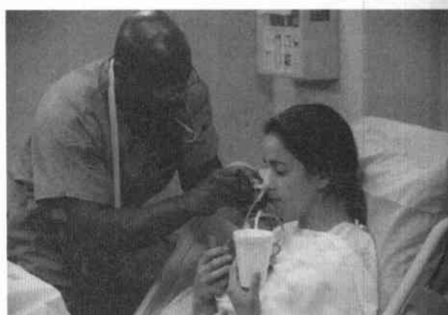


شکل ۶. کنترل pH مایع معده

کار	دلیل
د - یک رادیوگرافی از محل وجود لوله انجام دهید (در صورت دستور پزشک)	مشاهدهٔ رادیوگرافی قطعی‌ترین معیار جهت مشخص نمودن محل لوله می‌باشد.
۱۳ - به نوک بینی بیمار مسدود کننده‌ی پوستی بمالید و صبر کنید تا خشک شود. دستکش‌ها را در آورده و لوله را با ابزار پیش ساخته (از دستورالعمل کارخانه پیروی کنید) با چسب به بینی بیمار محکم کنید. روش‌هایِ چسب زدن شامل: الف - یک تکه ۱۰ سانتی‌متری از چسب را جدا کنید و ۵ سانتی‌متر انتهایی آن را به صورت طولی از وسط ببرید (شکل ۷) و یا از چسب بسته‌بندی شده بینی جهت لوله بینی - معده‌ای استفاده کنید. ب - انتهای بریده نشده چسب را روی تیغه بینی بیمار قرار دهید (شکل ۸). ج - انتهای بریده شده چسب را پس پیچیدن به زیر و روی لوله، روی بینی بیمار بچسبانید (شکل ۹). دقت کنید نوار چسبی را که روی بینی بیمار محکم شده است را نکشید.	مسدود کننده سبب چسبیدن بهتر چسب می‌شود. فشار مداوم لوله روی پوست و غشاء مخاطی باعث آسیب بافتی می‌گردد. محکم کردن لوله از حرکت جلو و عقب آن جلوگیری می‌کند.
۱۴ - دستکش بپوشید. لوله را به دستگاه ساکشن وصل کنید (شکل ۱۰) یا آن را کلمپ کرده و انتهای آن را بپوشانید (طبق دستور پزشک).	ساکشن‌کردن باعث برطرف‌کردن فشار معده و تخلیه محتویات معده می‌شود.
۱۵ - بخشی از لوله را که از بینی بیرون آمده است، اندازه‌گیری کنید. محل تقاطع لوله و بینی را بر روی لوله علامت بزنید. از بیمار بخواهید سر خود را در جهتی مخالف با جهت ورود لوله به بینی بچرخاند. لوله را با استفاده از یک نوار پلاستیکی یا چسب و سنجاق قفلی به گان بیمار متصل کنید. برای اطمینان بیشتر می‌توانید لوله را با چسب به گونه بیمار نیز بچسبانید. در صورت استفاده از لوله دو مجرایی، لوله خروجی را بالای سطح معده محکم نمایید (شکل ۱۱).	طول لوله باید چک شود و با طول اولیه مقایسه شود و همچنین مقدار pH و بررسی دیداری آسپیراسیون نیز باید به همراه آن انجام شود. اگر طول لوله بیرون آمده بیشتر از حد مورد انتظار باشد، می‌تواند نشانه جابجایی لوله باشد. لوله باید در محل بینی با رنگی غیرقابل حل، علامت زده شود. این علامت را باید مرتباً کنترل نمود تا از عدم جابجایی لوله مطمئن شد. محکم‌کردن لوله از کشیدگی و تکان خوردن آن جلوگیری می‌کند. با چرخاندن سر اطمینان حاصل می‌شود که آن قدر مقدار اضافی از لوله وجود دارد که وقتی بیمار سر خود را می‌چرخاند، لوله تحت فشار قرار نگیرد. محکم‌بودن لوله دو مجرایی در بالای معده از تراوش محتویات معده به مجرا جلوگیری کرده و مجرا را جهت عبور هوا باز نگاه می‌دارد.


شکل ۷. پنج سانتی‌متر انتهایی از چسب ۱۰ سانتی‌متری را از وسط ببرید.


شکل ۸. استفاده از نوار چسب بر روی بینی بیمار.


شکل ۹. پیچیدن انتهای بریده شده نوار چسب اطراف لوله بینی ـ معدی.

کار

۱۶ – به بیمار کمک کنید تا بهداشت دهان را در فواصل زمانی ۲ تا ۴ ساعت انجام دهد و یا خودتان این کار را برای او انجام بدهید. لب‌های را چرب کنید. حفرات بینی را تمیز کنید. از ضد دردهای گلو و یا اسپری ضد درد در صورت نیاز و در مواقع تحریک گلو استفاده نمایید.

دلیل

بهداشت دهان، محیط دهان را تمیز و مرطوب نگه می‌دارد و باعث افزایش راحتی بیمار می‌شود.


شکل ۱۰. لوله بینی ـ معدی را به ساکشن دیواری وصل کنید.


شکل ۱۱. طرز محکم کردن لوله بینی ـ معدی دو مجرایی.

لولهٔ آبی را بر روی شانه‌ی بیمار قرار دهید.

کار	دلیل
۱۷ – تمامی وسایل را جمع‌آوری کنید و بیمار را در وضعیتی راحت قرار دهید. دستکش‌ها را درآورید. نرده‌های کنار تخت را بالا برده و تخت را پایین بیاورید.	این امر سبب احساس آسایش و امنیت بیمار می‌شود. درآوردن دستکش‌ها خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر موارد را کاهش می‌دهد.
۱۸– در موارد لزوم PPE اضافی را خارج کنید. دست‌ها را بشوئید.	خارج کردن PPE بطور مناسب. ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد. شستن دست‌ها از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

سایز و نوع لوله‌ی NG وارد شده را یادداشت کنید و از نوک بینی تا انتها که لوله مشخص می‌شود را اندازه‌گیری کنید. همچنین، نتایج عکس‌برداری که جهت صحیح قرارگیری لوله را تأیید می‌کند، ثبت کنید. توصیفی از محتویات معده، عبارتند از PH محتویات را ثبت کنید. محل لوله و واکنش بیمار به فرآیند انجام شده را یادداشت کنید. اطلاعات ارزیابی، اعم از عینی و ذهنی مربوط به شکم را در نظر بگیرید. آموزش مورد بحث با بیمار را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- در حالی که لوله بینی معدی از حلق عبور می‌کند بیمار دچار حالت تهوع و استفراغ می‌شود: این مشکل در حین گذاشتن لوله بینی معدی شایع است. از بیمار سؤال شود، چنانچه تمایل دارد پرستار کار را متوقف سازد. بگذارید حالت تهوع بیمار برطرف شود. اگر بیمار موافقت می‌کند به کار خود ادامه دهید. یک رسیور در کنار بیمار قرار دهید زیرا ممکن است استفراغ کند.
- پرستار قادر نیست پس از دو بار تلاش لوله را از یک حفره بینی عبور دهد: چنانچه شرایط بیمار اجازه می‌دهد، حفرهٔ دیگر بینی را مشاهده نمایید و سعی کنید که لوله بینی معدی را از این حفرهٔ بینی عبور دهید. اگر از طریق این حفره بینی هم موفق نشوید، با دیگر افراد حرفه‌ای تیم بهداشتی مشورت نمایید.
- هنگامی که لوله از حلق عبور می‌کند، بیمار شروع به سرفه کردن می‌نماید و علایم دیسترس تنفسی را نشان می‌دهد: قراردادن لوله را متوقف سازید. لوله احتمالاً وارد راه هوایی شده است. لوله را تا داخل بینی به عقب بکشید. به بیار کمک کنید تا توانایی انجام تنفس طبیعی را مجدداً به دست بیاورد. چنانچه بیمار احساس می‌نماید تحمل انجام کار را برای بار دیگر دارد، از او بخواهید که چانه‌اش را روی قفسه سینه بگذارد و عمل بلع را انجام دهد تا لوله به سمت جلو برود این وضعیت از واردشدن لوله به داخل راه هوایی جلوگیری می‌کند. شروع به انجام کار بنمایید و بیمار را از نظر علایم دیسترس تنفسی مورد مشاهده قرار بدهید.
- محتویات معده آسپیره نمی‌شود: چنانچه بیمار در حالت کما است، حفرات دهان را بررسی کنید. اگر لوله داخل معده است، ممکن است لازم باشد، به طور یک دفعه مقدار کمی هوا وارد لوله شود تا محتویات معده بتواند آسپیره گردد.

ملاحظات خاص

- برای تأمین ایمنی بیمار هنگام گذاشتن لوله تغذیه کننده از موارد زیر اطمینان حاصل کنید.
- قبل از دادن مایع، غذا یا دارو مطمئن شوید لوله در جای خود قرار دارد.
- برای مطمئن شدن از روش‌های گوناگون استفاده می‌شود مانند: X-Ray، اندازه‌گیری و علامت زدن طول لوله خارجی،

تست pH و آسپیراسیون تشخیصی.

- بعضی بیماران لوله بینی، روده‌ای را ترجیح می‌دهند. برای قراردادن یک لوله بینی روده‌ای:
- لوله را از نوک بینی تا نرمه گوش و از آنجا تا زائده گزیفوئید اندازه‌گیری کنید و ۸ الی ۱۰ اینچ به طول آن اضافه کنید تا از محل آن در روده مطمئن شوید و لوله را در محل اندازه‌گیری شده علامت بزنید.
- بیمار را به سمت راست بخوابانید، لوله بینی روده‌ای معمولاً اول در معده قرار می‌گیرد و حرکات دودی، آن را از طریق دریچه پیلور وارد روده باریک می‌کند (ممکن است این اتفاق تا ۲۴ ساعت بعد اتفاق بیفتد).
- در صورت نیاز و داشتن دستور برای افزایش حرکات دستگاه گوارش از داروهایی مانند متوکلوپرامید (رگلان) استفاده می‌شود.
- تست pH مواد آسپیره شده وقتی لوله تا جای علامت زده شده وارد شده است تأیید می‌کند که سر لوله در روده قرار گرفته است. موقعیت لوله را با رادیولوژی مشخص کنید.
- میزان دی‌اکسید کربن نشان‌دهنده این خواهد بود که آیا لوله تغذیه در جای خود قرار دارد یا نه و این اطلاع با جستجو و بررسی میزان CO_2 با استفاده از کاپنوگراف و یا کلومتریک (رنگ‌سنجی) است که درصد دی‌اکسید کربن را مشخص می‌کند و بدین وسیله مطمئن خواهیم شد که لوله معده در راه هوایی یا در دستگاه گوارش قرار گرفته است.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- با توجه به اینکه تنفس نوزادان بیشتر از راه بینی صورت میگیرد معمولاً لوله‌گذاری از طریق دهان تجویز می‌گردد.
- لوله‌ها در اندازه‌های متفاوت مناسب با مشخصات سنی در دسترس می‌باشند که شما با توجه به سن و قد نوزادان و کودکان از دو هفته تا ۱۹ سال بهترین لوله را انتخاب کنید. راه‌های دیگری مانند اندازه‌گیری از دهان تا نرمه گوش و از آنجا تا انتهای جناغ و ناف نیز می‌باشد که مشکلات زیادی دربر دارد.

روش کار ۲-۱۰ انجام تغذیه از راه لوله

نکات قابل توجه

انجام تغذیه از راه لوله معمولاً به کمک پرستار محول نمی‌شود در بعضی از بیماران بعد از اینکه پرستار مجاز لوله‌گذاری کرد کمک پرستاری که آموزش ویژه دیده باشد می‌تواند کارهای مربوط به تغذیه و نگهداری از لوله معده را عهده‌دار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

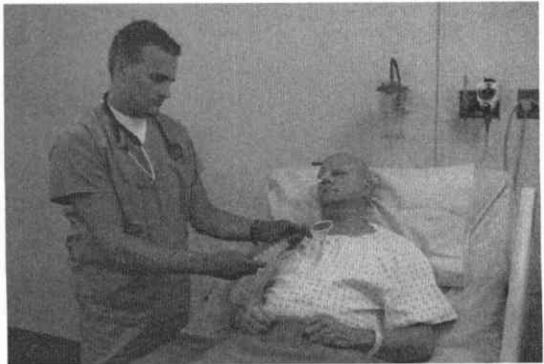
وسایل

- ماده تغذیه با درجه حرارت اتاق
- کیسه تغذیه و یا سیستم لوله‌ای تغذیه از قبل پر شده
- کلمپ (هافمن یا پروانه‌ای)
- آب استریل جهت شستشو
- باند لاستیکی
- پایه سرم
- گوشی پزشکی
- پنبه الکل
- پد یا حوله یک بار مصرف
- سرنگ آسپتویاتومی
- پمپ تغذیه‌ای روده‌ای (در صورت تجویز پزشک)
- دستکش یک بار مصرف
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- چسب اندازه‌گیری، یا دیگر وسیله‌ی اندازه‌گیری
- کاغذ pH سنج

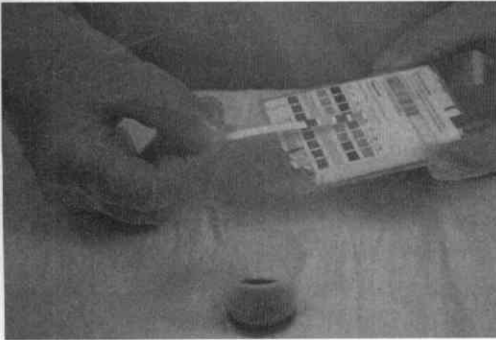
روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را جمع‌آوری کنید. مقدار، غلظت، نوع و دفعات تغذیه از راه لوله را در جدول مربوط به بیمار یادداشت نمایید. تاریخ انقضاء ماده غذایی را کنترل کنید.	این عمل سبب ایجاد سازماندهی در کار می‌شود. کنترل کردن، ما را از تجویز تغذیه صحیح مطمئن می‌سازد. مواد غذایی تاریخ مصرف گذشته ممکن است آلوده باشند.
۲ - دست‌ها را بشوئید و در صورت لزوم از PPE استفاده کنید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت مورد نیاز است.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن شوید که بیمار صحیح مداخلات مناسب را دریافت می‌کند و از خطا پیشگیری می‌کند.
۴ - روش کار و دلیل اجرای مداخلات را در صورت لزوم برای بیمار شرح دهید. هرگونه سؤالی را پاسخ دهید.	توضیح دادن سبب همکاری بیشتر بیمار می‌شود.
۵ - وسایل را بر روی میز کنار تخت و در دسترس بچینید.	به این ترتیب دسترسی منظمی به وسایل پیدا می‌کنید.
۶ - پرده اطراف تخت بیمار را کشیده و یا درب اتاق را ببندید. تخت را تا ارتفاع مناسبی برای انجام کار بالا آورید. ارتفاع مطلوب معمولاً در سطح آرنج پرستار است. بررسی‌های شکمی کلیدی را به همان صورتی که قبلاً توصیف شده است، انجام دهید.	کشیدن پرده‌ها و بستن در، خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. قرار دادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات جلوگیری می‌کند. بررسی پیش از اقدام به علت تغییر در وضعیت بیمار، امری ضروری و حیاتی است.

کار	دلیل
۷ – در صورت امکان بیمار را در وضعیتی قرار دهید که زیر سرش ۳۰ تا ۴۵ درجه بالا باشد یا در وضعیت نزدیک به حالت معمولی غذاخوردن قرار بگیرد.	این وضعیت احتمال آسپیره‌شدن غذا به داخل نای را به حداقل می‌رساند. بیماری که به نظر می‌رسد در معرض خطر آسپیراسیون قرار دارد باید به او کمک کنید تا زیر سرش در وضعیت حداقل ۴۵ درجه قرار گیرد.
۸ – دستکش بپوشید. لوله را از گان بیمار جدا کنید. محل علامت زدن لوله را بر روی ورودی بینی کنترل نمایید. طول بیرون‌زده لوله را اندازه‌گیری کنید و آن را با طول ثبت شده مقایسه نمایید.	دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند. لوله باید در محل ورودی بینی علامت زده شود. این علامت باید در هر بار استفاده از لوله بررسی شود تا از عدم جابجایی لوله مطمئن شویم. طول لوله باید چک شود و با طول اندازه‌گیری شده آن مقایسه شود. اندازه‌گیری pH محتویات معده و بررسی دیداری آسپیراسیون ضروری است. افزایش طول بیرون‌زده لوله از بینی می‌تواند نشان‌دهنده جابجاشدن آن باشد.
۹ – سرنگ را به انتهای لوله متصل کنید و مقدار کمی از مایع معدی را همانند مهارت کار ۱–۱۰ آسپیره کنید (شکل ۱).	اگر مایع از لوله آسپیره شود، نشان می‌دهد که لوله در معده واقع شده است: pH مایع آسپیره شده باید مشخص شود تا از جاسازی لوله در معده مطمئن شد. اگر نتوانستید مایع را از لوله آسپیره کنید، وضعیت قرارگیری بیمار را تغییر داده و ۳۰ میلی‌لیتر هوا را با سرعت به داخل لوله تزریق کنید. ممکن است نیاز باشد این عمل را چندین بار انجام دهید. نوشته‌های جدید اذعان دارند که پرستار باید با استفاده از چندین روش، جایگیری صحیح لوله را ثابت نماید و تنها به یک روش اکتفا نکند.
۱۰ – pH مایع معدی را همان طور که در مهارت کار ۱–۱۰ توضیح داده شد، مشخص نمایید. (شکل ۲)	تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که می‌توان با تعیین pH، محل صحیح قرارگیری لوله معدی – بینی را تعیین کرد. pH محتویات معده اسیدی هستند (کمتر از ۵/۵). اگر بیمار از داروی کاهنده اسید استفاده کرده باشد، این میزان به ۴ تا ۶ خواهد رسید. pH مایع روده‌ای در حدود ۷ یا بالاتر است. pH مایع تنفسی ۶ یا بالاتر است. این روش به طور مؤثری مایع روده‌ای و مایع جنبی را از یکدیگر افتراق نمی‌دهد. در تغذیه متناوب، سنجش pH پیش از تغذیه بعدی مرتباً انجام می‌شود تا زمانی که معده از غذای قبلی خالی شود. با این حال، اگر بیمار تغذیه مداوم دریافت می‌کند، اندازه‌گیری pH چندان سودمند نیست، مگر اینکه غذا pH معده را افزایش داده باشد.



شکل ۱. آسپیره‌نمودن محتویات معده.



شکل ۲. کنترل pH مایع معده.

کار

۱۱ – محتویات آسپیره شده را مشاهده نمایید و آنها را از نظر رنگ و غلظت بررسی کنید.

دلیل

شیره معده سبزرنگ همراه با وجود ذرات سفید است و چنانچه دارای خون قدیمی باشد، به رنگ قهوه‌ای دیده می‌شود. مایع روده‌ای نیز معمولاً زرد طلایی روشن تا تیره یا سبز مایل به قهوه‌ای است. ترشحات نای و برونش‌ها معمولاً به رنگ خرمایی روشن هستند. مایع پلور نیز می‌تواند به رنگ کاهی باشد و معمولاً رقیق است. ممکن است بلافاصله پس از واردکردن لوله بینی - معدی مقدار کمی ترشحات خونی مشاهده شود.

اشعه X قابل اطمینان‌ترین روش تعیین موقعیت لوله بینی - معدی در نظر گرفته می‌شود.

۱۲ – در صورت عدم امکان آسپیره‌نمودن محتویات، بررسی کنید که آیا لوله در جای خود قرار دارد یا خیر. در صورت تغییر اندازه لوله بیرون زده از بینی و سایر شاخص‌هایی که نشان‌دهنده عدم جایگیری صحیح لوله در معده هستند، محل لوله را با اشعه X چک کنید.

۱۳ – پس از انجام چندین مرحله جهت اطمینان از اینکه لوله تغذیه در معده یا روده کوچک قرار گرفته است، تمامی محتویات معده را با سرنگ آسپیره کنید تا باقیمانده غذا را در معده اندازه بگیرید. سپس محتویات را براساس دستور مؤسسه به داخل معده برگردانید. اگر مقدار باقیمانده غذا از مقدار مشخص شده توسط مؤسسه و یا محدوده مشخص شده توسط نوشته‌های پزشکی بیشتر نبود، تغذیه را ادامه دهید.

چک‌کردن باقیمانده غذا پیش از تغذیه و یا هر ۴ تا ۶ ساعت در حین تغذیه مداوم (براساس دستورات مؤسسه) برای مشخص‌نمودن علت تأخیر در تخلیه محتویات معده انجام می‌شود. حجم زیاد محتویات معده (۲۰۰ تا ۲۵۰ میلی‌لیتر یا بیشتر) ریسک ایجاد آسپیراسیون و پنومونی ناشی از آن را افزایش می‌دهد. بعضی از متخصصین معتقدند راه محتویات معده مهم‌تر از حجم آن است. در صورتی که میزان محتویات از ۲۰۰ میلی‌لیتر بیشتر باشد باید غذا دادن را متوقف کرد تا وضعیت بیمار بهبود کامل یابد. تحقیقات اخیر درباره فواید بازگرداندن محتویات معده به داخل معده یا روده برای جلوگیری از برهم‌خوردن تعادل آب و الکترولیت که در عمل، انجام می‌گیرد، به توافق نرسیده‌اند.

کار	دلیل
۱۴ - برای شستشو، لوله را با ۳۰ میلی‌لیتر آب شستشو دهید. سرنگ را از لوله جدا کنید و در حین آماده‌کردن تغذیه، انتهای لوله را بپوشانید. دستکش‌ها را درآورید.	شستشودادن لوله از انسداد آن جلوگیری می‌کند. پوشاندن لوله از ورود میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند و از نشت ترشحات پیشگیری می‌کند.
۱۵ - پیش از آماده‌سازی، سرهم‌کردن و یا دستکاری هر بخش از سیستم تغذیه، دستکش بپوشید.	دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری کرده و باعث پیشگیری از انتشار عفونت و آلودگی به تجهیزات سیستم تغذیه و یا خود ماده غذایی می‌شود.
۱۶ - تغذیه را انجام دهید.	

هنگامی که ازکیسه تغذیه (سیستم باز) استفاده می‌کنید:

کار	دلیل
الف) کیسه یا لوله را با تاریخ و زمان برچسب بزنید. کیسه را روی پایه سرم آویزان کنید و آن را در حدود ۲۵ سانتی‌متر بالای معده قرار دهید، لوله را کلمپ کنید.	برچسب زدن تاریخ و زمان اولین استفاده موجب دورانداختن آن در ۲۴ ساعت می‌شود که از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. ارتفاع مناسب کیسه تغذیه خطر سرعت ورود غذای آماده شده را کاهش می‌دهد.
ب) تاریخ انقضاء غذای آماده شده را کنترل نمایید. پیش از بازکردن ظرف محتوی مواد غذایی، قسمت بالای آن را با الکل تمیز کنید (شکل ۳). مادهٔ غذایی را داخل کیسهٔ تغذیه بریزید و صبر کنید تا محلول از میان لوله جریان پیدا کند، کلمپ را ببندید.	تمیزکردن بالای ظرف با الکل احتمال آلودگی را در قسمت ورودی کیسه غذایی به حداقل می‌رساند. مادهٔ غذایی هوای درون لوله را جابه‌جا می‌کند.
ج) ست تغذیه را به لوله تغذیه وصل کنید، کلمپ را باز کنید (شکل ۴)، تعداد قطرات را براساس دستور پزشک تنظیم کنید یا صبر کنید که جریان یافتن محلول تغذیه بیشتر از ۳۰ دقیقه طول بکشد.	جریان یافتن محلول تغذیه به آهستگی و به طور منظم سبب تطبیق معده با مواد غذایی می‌شود و اتساع دستگاه گوارش کاهش می‌یابد.
د) هنگامی که کیسهٔ تغذیه تقریباً تخلیه شد ۳۰ تا ۶۰ میلی‌لیتر (۱-۲oz) آب استریل برای شستشو به داخل آن بریزید و بگذارید در طول لوله جریان پیدا کند (شکل ۵).	آب، مواد غذایی موجود در لوله را شستشو داده و به باز نگهداشتن آن کمک می‌کند.
ه) بعد از واردشدن آب سریعاً لوله را کلمپ کنید. کیسه را از لوله جدا کنید و سپس انتهای لوله را درپوش بگذارید (شکل ۶).	کلمپ‌کردن لوله از واردشدن هوا به معده جلوگیری می‌کند. پوشاندن انتهای لوله نیز از ورود میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند و بیمار و ملحفه‌ها را از نشت مایع از طریق لوله محافظت می‌کند.

هنگامی که از یک سرنگ بزرگ (سیستم باز) استفاده می‌کنید:

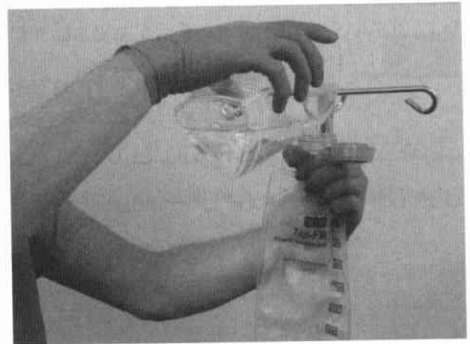
کار	دلیل
الف) پیستون را از سرنگ ۳۰ میلی یا ۶۰ میلی جدا کنید (شکل ۷).	شروع تغذیه با مواد غذایی به میزان کم و به طور منظم سبب می‌شود که معده با مواد غذایی تطبیق حاصل کند و اتساع دستگاه گوارش کاهش پیدا کند به هر میزانی که سرنگ بالاتر نگهداشته شود جریان یافتن مواد غذایی سریع‌تر انجام می‌شود.



شکل ۳. تمیز کردن درب محفظه تغذیه با الکل، پیش از بازکردن آن.



شکل ۴. اتصال کیسه تغذیه‌ای به لوله.



شکل ۵. ریختن آب به داخل کیسه تغذیه.



شکل ۶. گذاشتن درپوش بر روی لوله بینی ـ معدی، پس از کلمپ‌کردن آن.

کار

ب) سرنگ را به لوله تغذیه وصل کنید. میزان از پیش اندازه‌گیری شده مواد غذایی لوله‌ای را به داخل سرنگ بریزید (شکل ۸). کلمپ را باز کنید و بگذارید مواد مغذی به داخل لوله برود، میزان آن را به وسیله بالا و پایین‌بردن سرنگ تنظیم کنید. مواد غذایی را با فشار وارد نکنید.

ج) زمانی که کیسهٔ تغذیه تقریباً تخلیه شد. ۳۰ تا ۶۰ میلی‌لیتر (۱-۲oz) آب جهت شستشو به سرنگ اضافه کنید (شکل ۹) و بگذارید در طول لوله جریان پیدا کند.

د) زمانی که سرنگ خالی شد آن را بالا نگهداشته و از لوله جدا کنید. لوله را کلمپ کنید و انتهای لوله را درپوش بگذارید.

دلیل

آب لوله تغذیه را شستشو می‌دهد و به باز نگهداشتن آن کمک می‌کند.

سرنگ را بالا نگه دارید تا از برگشت جریان مواد غذایی تا زمانی که لوله کلمپ می‌شود جلوگیری به عمل آید. کلمپ‌کردن لوله از ورود هوا به معده جلوگیری می‌کند. پوشش انتهای لوله از ورود میکروارگانیسم‌ها جلوگیری کرده و بیمار و ملافه‌ها را از نشت مایع محافظت می‌کند.



شکل ۷. جدا کردن پیستون از یک سرنگ ۶۰ میلی‌لیتر.



شکل ۸. ریختن غذای آماده شده به درون سرنگ.



شکل ۹. ریختن آب به داخل سرنگ تقریباً خالی.

کار

هنگامی‌که از پمپ تغذیه استفاده می‌کنید:

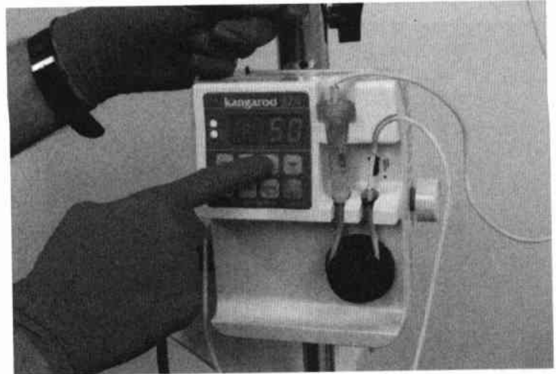
الف) کلمپ تنظیم‌کنندهٔ جریان بر روی لوله را ببندید و کیسه تغذیه را با مادهٔ غذایی دستور داده شده پر نمایید. مقدار مورد استفاده بستگی به مقررات مرکز درمانی شما دارد. برچسبی بر روی ظرف محتوی ماده غذایی بزنید که دربردارنده نام بیمار و توضیح و ساعت، دادن تغذیه باشد.

ب) ظرف محتوی مادهٔ غذایی را از پایه سرم آویزان کنید و بگذارید که محلول در لوله جریان پیدا کند.

دلیل

احتمال بروز عدم تحمل مادهٔ غذایی، در حجم‌های کوچک کمتر است. آویزان‌کردن میزان کمتری از مادهٔ غذایی خطر رشد باکتری وَ آلودگی غذایی در ۲۴ ساعت در درجه حرارت اتاق را کاهش می‌دهد.

این کار از واردشدن هوا با فشار به داخل معده یا روده جلوگیری می‌کند.



شکل ۱۰. برقرار ساختن پمپ تغذیه با کیسهٔ تغذیه و لولهٔ آماده شده

کار	دلیل
ج) طبق راهنمای کارخانهٔ سازنده پمپ تغذیه را وصل کنید. تعداد قطرات را تنظیم کنید (شکل ۱۰). بیمار را در هنگام تغذیه به حالت نشسته نگه دارید اگر بیمار احتیاج به درازکشیدن به طور موقت داشت تغذیه باید متوقف گردد پس از تغییر وضعیت بیمار به ۳۰ تا ۴۵ درجه تغذیه می‌بایست مجدداً انجام گیرد.	پمپ‌های تغذیه متفاوت هستند برخی از پمپ‌های جدید ایمن ساخته شده‌اند به طوری که مشکلی برای بیمار ایجاد نمی‌کنند. پمپ‌های ایمن شامل موارد زیر می‌باشد: به طوری که از سریع رفتن مواد غذایی آماده شده جلوگیری می‌کند)، لولهٔ اتوماتیک شستشو با آب، درپوش‌های ایمن که از اتصال اتفاقی به ست وریدی جلوگیری می‌کند و بسیاری از هشدار دهنده‌های بینایی و شنوایی. تغذیه با قدرتی بیش از تغذیهٔ غذای رقیق شده که قبلاً تجویز شده بود انجام می‌شود، حجم کمتری از غذا ۱۰ تا ۴۰ میلی‌لیتر هر ساعت وارد می‌شود و به تدریج با تحمل بیمار افزایش پیدا می‌کند.
د) هر ۴ تا ۶ ساعت حجم غذای باقی‌مانده را کنترل کنید.	کنترل کردن محل لوله و جذب صحیح مادهٔ غذایی را مشخص می‌سازد و از نفخ شکم پیشگیری می‌شود. کنترل کردن حجم باقیمانده معده، میزان جذب ماده غذایی را تعیین کرده و باعث جلوگیری از اتساع معده می‌گردد که می‌تواند سبب آسپیراسیون گردد.
۱۷ - واکنش بیمار را در طول مدت تغذیه لوله‌ای و بعد از آن مشاهده کنید.	درد ممکن است نشانهٔ اتساع معده باشد که می‌تواند منجر به استفراغ شود. نشانه‌های فیزیکی مانند نفخ شکم، عدم وجود حرکات دودی و بازگشت محتویات معده به داخل لوله تغذیه می‌تواند نشانهٔ عدم تحمل غذا باشد.
۱۸ - برای حداقل ۱ ساعت بعد از تغذیه بیمار را در وضعیت عمودی (نشسته یا ایستاده) نگه دارید.	در این وضعیت خطر جریان برگشتی مواد غذایی به حداقل می‌رسد و در صورت بروز استفراغ، احتمال آسپیره‌کردن کاهش می‌یابد.
۱۹ - تجهیزات را برداشته و بیمار را به وضعیتی راحت منتقل نمایید. دستکش‌ها را در بیاورید. نرده‌های کنار تخت را بالا آورده و تخت را پایین بیاورید.	راحتی و امنیت بیمار را فراهم می‌کند. درآوردن دستکش‌ها خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد.

کار	دلیل
۲۰ - دستکش‌ها را بپوشید. تجهیزات را شسته و تمیز نمایید و یا برطبق خط مشی مؤسسه، آنها را جایگزین نمایید. دستکش‌ها را درآورید.	این امر از آلودگی و انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. سیستم‌های چند بار استفاده را پس از هر بار استفاده با آب و صابون بشوئید و هر ۲۴ ساعت آنها را جایگزین نمایید. جهت راهنمایی‌های مربوط به نگهداری تجهیزات، به دستورات مؤسسه و یا راهکارهای سازنده آنها مراجعه کنید.
۲۱ - PPEهای اضافی را درآورید و دست‌ها را بشویید.	درآوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

نوع لولهٔ بینی - معده‌ای یا لولهٔ گاستروستومی / ژوژونوستومی مورد استفاده رایادداشت کنید. معیارهای تأیید جاگذاری صحیح، قبل از غذادهی اولیه همچون طول لوله در اینچ یا سانتی متر در مقایسه با طول ورود اولیه را ثبت کنید. آسپیراسیون محتویات معده و pH محتویات معده، در غذادهی متناوب را یادداشت کنید. ارزیابی محتویات شکمی همچون مشاهده‌ی شکم، وجود اتساع و سفتی و وجود صداهای روده‌ای را یادداشت کنید. اطلاعات عینی و گزارشاتی همچون درد شکم، یا تهوع یا هرگونه واکنش بیمار را مدنظر داشته باشید. میزان حجم باقیمانده را ثبت کنید. پوزیشن بیمار، و نوع غذا و روش و میزان غذادهی را یادداشت کنید. هرگونه آموزش مرتبط به بیمار را مدنظر داشته باشید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- لوله در معده یا روده نمی‌باشد: لوله می‌بایست قبل از شروع تغذیه در معده باشد. اگر لوله در مری قرار گیرد، بیمار در معرض خطر آسپیراسیون قرار می‌گیرد. مهارت ۱-۱۰ را برای انجام مراحل جایگزینی لوله ملاحظه کنید.
- هنگام کنترل باقیمانده غذا، پرستار حجم زیادی را آسپیره می‌کند: قبل از دور ریختن یا جایگزینی باقیمانده غذا با پزشک یا مؤسسه موضوع را بررسی کنید. جایگزینی حجم زیادی از غذا خطر استفراغ و آسپیره شدن در بیمار را افزایش می‌دهد همان طور که دور ریختن حجم زیادی از غذا خطر آلکالوز متابولیک را در بیمار افزایش می‌دهد. معمولاً پزشک به پرستار توصیه می‌کند که نیمی از باقیمانده غذا را جایگزین کند و سپس غذای باقیمانده را در یک زمان مشخص مجدداً کنترل نماید.
- بیمار پس از تغذیه با لوله دچار حالت تهوع می‌شود: مطمئن شوید که سر تخت در حالت کاملاً بالا قرار گرفته است و تجهیزات ساکشن در کنار تخت وجود دارد. گزارش دارویی را کنترل کنید و ببینید آیا ضد تهوع برای بیمار تجویز شده است. هرگونه تجویز داروهای ضد تهوع را به پزشک اطلاع دهید.
- هنگام آسپیره نمودن محتویات پرستار متوجه می‌شود که لوله مسدود شده است: بسیاری از مسدودکننده‌ها به دلیل انعقاد مواد غذایی آماده شده ایجاد می‌شود. سعی کنید از آب گرم و فشار مناسب جهت بازشدن مانع استفاده کنید. کربنات دوسودها مانند کوکاکولا در رفع موانع لوله تغذیه مؤثر نبوده‌اند. هرگز از وسیله‌ای نوک تیز برای بازکردن مانع لوله استفاده نکنید. امکان دارد که لوله نیاز به تعویض داشته باشد. برای جلوگیری از انسداد مطمئن شوید که پس از تغذیه، شستشو با آب کافی انجام شده است.

ملاحظات خاص

- همان طور که در مرحلهٔ ۱۳ توضیح داده شده است. باقیمانده غذای داخل معده را کنترل کنید. باقیمانده حجم زیاد معده ۲۰۰ تا ۲۵۰ میلی‌لیتر یا بیشتر می‌تواند کمک به بیشتر شدن خطر آسپیراسیون پنومونیا گردد. برای بیمارانی که سابقه اختلال عمل معده یا افزایش میزان ترشحات معده را دارند تغذیه ممکن است میزان آن را کاهش دهد (کمتر از ۴۰۰ میلی‌لیتر). یافته‌های تحقیقات جاری در مورد مفیدبودن بازگشت غذای باقیمانده به معده یا روده بی‌نتیجه مانده‌اند که در این زمینه عملیاتی جهت جلوگیری از عدم تعادل الکترولیت و مایع مورد پذیرش قرار گرفته است. با مؤسسه در مورد این عملیات مشاوره کنید. برخی محققین اشاره نموده‌اند که حجم بالای مواد غذایی باقیمانده نشان‌دهندهٔ عدم تحمل لولهٔ تغذیه نمی‌باشد. در مقایسه حجم پایین مواد غذایی باقیمانده تحمل بیمار در ورود لوله تغذیه و در معرض خطر آسپیره نبودن را تضمین نمی‌کند. روند تدریجی افزایش میزان غذای باقیمانده را کنترل نمایید و ارزیابی علایم عدم تحمل مانند درد و نفخ معده را انجام دهید. در صورتی که محتویات معده بیشتر از ۲۰۰ میلی‌لیتر شد تغذیه باید متوقف شود.
- هنگامی که بیمار دچار دمانس است و اقوام او در گذاشتن لوله تغذیه دچار تردید می‌باشند به آنها آگاهی دهید که تحقیقات توصیه می‌نماید لوله تغذیه برای این نوع افراد مورد استفاده قرار نمی‌گیرد زیرا تغذیه ماندگاری آنان را افزایش نمی‌دهد یا از سوءتغذیه یا آسپیره شدن جلوگیری نمی‌کند راهکارهای تغذیه کم‌تهاجمی‌تر از قبیل افزایش تغذیه کمکی، تداوم اصلاح غذا، یا تغییرات محیطی پیشنهاد می‌گردد.
- بعضی تجهیزات تغذیه‌ای لوله دیگری برای وارد کردن آب دارند که از این راه می‌توان آب را وارد سیستم نمود. پمپ‌های تغذیه حجم و دفعات تنظیم شده به داخل لوله پمپ می‌کنند.

روش کار ۳-۱۰ خارج‌کردن لوله بینی ـ معده‌ای

نکات قابل توجه

خارج کردن لوله بینی – معده‌ای توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

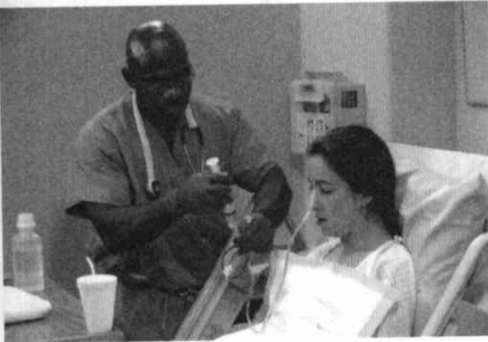
- دستمال کاغذی
- کیسه پلاستیکی یک بار مصرف
- محلول نرمال سالین برای شستشو (اختیاری)
- ظرف استفراغ
- استتوسکوپ
- حوله حمام یا پد یک بار مصرف
- سرنگ ۵۰ میلی‌لیتری (اختیاری)
- دستکش یک بار مصرف
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – دستور پزشک را جهت خارج‌کردن لولهٔ بینی معده‌ای بررسی کنید.	با این کار مطمئن می‌شوید که به طور دقیق دستور پزشک را اجراء کرده‌اید.
۲ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۳ – بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که بیمار صحیح مداخلات صحیحی را بر طبق دستور پزشک دریافت می‌کند.
۴ ـ روش کار و دلیل اجرای آن را برای بیمار شرح دهید. به او بگویید برای چند لحظه باید ناراحتی را تحمل کند. ارزیابی شکم را به طوری که در بالا توضیح داده شد، انجام دهید.	توضیح‌دادن به بیمار سبب همکاری بیشتر او می‌گردد. به دلیل تغییر در وضعیت بیمار ارزیابی شکم قبل از شروع مداخلات لازم می‌باشد.
۵ – پردهٔ کنار تخت بیمار را بکشید، تخت را تا ارتفاع مناسب برای انجام کار بالا ببرید که معمولاً در حد سطح آرنج پرستار است و بیمار را در وضعیت ۴۵-۳۰ درجه قرار دهند. روی سینه بیمار حوله یا پد یک بار مصرف بیندازید (شکل ۱). دستمال کاغذی و رسیوری برای اُغ‌زدن در اختیار او قرار دهید.	خلوت بیمار فراهم می‌شود. بالا آوردن تخت سبب ارتقاء راحتی بیمار و حفظ مکانیسم بدن پرستاری شود. اقدامات حفاظتی بیمار را از تماس با ترشحات معده محافظت می‌نماید. دستمال کاغذی هنگام خارج نمودن لوله، جهت پاک‌کردن ترشحات بینی مورد نیاز بیمار می‌باشد.
۶ – دستکش بپوشید. ساکشن را قطع کنید و لوله را از دستگاه ساکشن جدا نمایید. لوله را از گان یا لباس بیمار هم جدا کرده و با دقت چسب روی بینی بیمار را بردارید.	دستکش از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کند. جداکردن لوله از ساکشن و بیمار سبب می‌شود که برای خارج‌کردن آن محدودیتی وجود نداشته باشد.



شکل ۱. قراردادن حوله یا پد یک‌بار مصرف بر روی سینه بیمار.

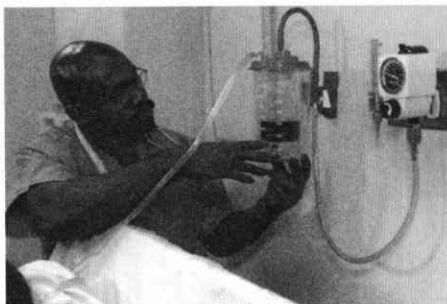


شکل ۲. شستن لوله بینی ـ معدی با ۱۰ سی‌سی نرمال سالین.

کار	دلیل
۷ - محل قرارگیری لوله را کنترل کنید (مهارت ۱-۱۰). سرنگ را وصل کنید و با ۱۰ میلی‌لیتر محلول نرمال سالین لوله را بشویید یا با واردکردن ۳۰ تا ۵۰ سی‌سی هوا آن را تمیز کنید (اختیاری) (شکل ۲).	هوا یا محلول نرمال سالین لوله را از وجود ذرات یا مواد غذایی پاک می‌کند.
۸ - لوله را بر روی خودش تا کنید و آن را توسط انگشتان خود کلمپ نمایید (شکل ۳). به بیمار آموزش دهید که نفس عمیقی بکشد و نفس خود را نگه دارد. هنگامی که بیمار نفس خود را نگهداشته است سریعاً و با دقت لوله را خارج کنید. هنگامی که لوله را خارج می‌کنید آن را به صورت حلقه شده در حوله یک بار مصرف قرار دهید.	کلمپ‌کردن لوله از خارج‌شدن محتویات معده و ورود آنها به داخل حلق و مری، جلوگیری می‌کند. نگه داشتن تنفس توسط بیمار از آسپیراسیون جلوگیری می‌کند. کشیدن سریع و با دقت لوله ضربه و ناراحتی برای بیمار را به حداقل می‌رساند. قرار دادن لوله درون حوله در هنگام خارج نمودن آن از نشت ترشحات بر روی بیمار جلوگیری می‌کند.
۹ - لوله را بر طبق خط مشی مؤسسه دور بریزید. دستکش‌ها را خارج کنید و آن را درون کیسه بیندازید. دست‌های خود را بشویید.	این کار از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۰ - از دهان بیمار مراقبت به عمل آورید و دستمال کاغذی برای پاک‌کردن ترشحات بینی به او بدهید. سر تخت را پایین بیاورید و در صورت لزوم به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار بگیرد.	این کار راحتی بیمار را فراهم می‌کند.
۱۱ - وسایل را بردارید. نرده‌های اطراف تخت را بالا برده و تخت را در ارتفاع پایین‌تری قرار دهید.	سبب آسایش و امنیت بیمار می‌شود.
۱۲ - دستکش بپوشید و در یک وسیلهٔ جمع‌آوری میزان ترشحات تخلیه شده از لوله بینی معدی را اندازه‌گیری کنید و در برگه ثبت out put بیمار یادداشت کنید. در صورت لزوم مایع شستو را از آن کم کنید (شکل ۴). عوامل جامد کننده را به ترشحات تخلیه شده بر طبق مقررات بیمارستان اضافه نمایید.	مایع شستشو به عنوان مایع دریافتی توسط بیمار محسوب می‌شد. جهت ثبت دقیق ترشحات لوله بینی معدی، میزان مایع شستشو از کل ترشحات تخلیه شده کم می‌شود. ترشحات لوله بینی معدی به عنوان قسمتی از out put (مواد دفعی) بیمار محسوب می‌گردد. اضافه‌نمودن عوامل جامدکننده به ترشحات تخلیه شده سبب کاهش خطر آلودگی مواد دورریختنی می‌شود.



شکل ۳. تاکردن لوله بر روی خودش.



شکل ۴. اندازه‌گیری ترشحات بینی و معدی جمع شده در ظرف.

کار

۱۳ – در صورت پوشیدن PPE اضافی، آن را در آورید. دست‌های خود را بشویید.

دلیل

درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی شکم را یادداشت کنید. در صورتیکه دور کمر اندازه‌گیری شده است آن را یادداشت کنید. برداشت لوله‌ی بینی – معده‌ای از بینی را از محل تعبیه یادداشت کنید. در صورتیکه هرگونه آسیب به پوست بینی وارد شده آن را ثبت کنید. مقدار و رنگ ترشحات NG در محفظهٔ ساکشن را در برگه جذب و دفع ثبت کنید. هرگونه آموزش مرتبط همچون مطلع ساختن پرستار در صورت مشاهده تهوع، درد شکم، یا نفخ را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- دو ساعت بعد از گذاشتن لوله بینی معدی، بیمار علایم نفخ شکم را نشان می‌دهد: پزشک را مطلع سازید، ممکن است دستور گذاشتن مجدد لوله بینی معدی را بدهد.
- با خارج کردن لوله بینی معدی خونریزی از بینی اتفاق می‌افتد: تا توقف خونریزی هر دو حفره بینی را تامپون کنید. بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید. خونریزی بیمار را در برگهٔ گزارش ثبت کنید.

روش کار ٤-١٠ اندازه‌گیری میزان قند خون

نکات قابل توجه

اندازه‌گیری میزان قند خون توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دستگاه اندازه‌گیری قند خون
- لانست استریل
- پنبه الکلی یا آب و تمیز کننده پوست
- نوار اندازه‌گیری قند
- گلوله پنبه یا گاز چهارگوش
- دستکش یک بار مصرف
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک را جهت برنامهٔ اندازه‌گیری قند خون کنترل کنید. شما ممکن است اندازه‌گیری بیشتری را براساس وضعیت بیمار و تشخیص خودتان انجام دهید.	این کار تعداد دفعات کنترل قند خون را مشخص می‌نماید. تشخیص پرستاری مستقل ممکن است سبب شود که شما تصمیم بگیرید تا اندازه‌گیری بیشتری را براساس وضعیت بیمار انجام دهید.
۲ - وسایل را بچینید. به تاریخ انقضاء نوار تست دقت کنید.	این کار سبب انجام وظایف به صورت سازمان‌یافته می‌شود. نوارهای تست قند خون تاریخ گذشته می‌توانند نتیجه را اشتباه نشان دهند و نباید مصرف شود.
۳ - دست‌های خود را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.
۴ - بیمار با شناسایی کنید. روش کار را برای او توضیح دهید و در رابطه با نیاز وی به کنترل قند خون او را آموزش دهید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که بیمار صحیح مداخلات صحیحی را دریافت می‌نماید و از بروز خطا پیشگیری می‌شود. توضیح دادن سبب کاهش نگرانی بیمار و افزایش همکاری او می‌شود.
۵ - پردهٔ اطراف تخت را بکشید و در صورت لزوم درب اطاق را ببندید.	کشیدن پرده یا بستن درب اتاق سبب حفظ خلوت بیمار می‌شود.
۶ - مانیتور را روشن کنید.	صبر کنید تا مانیتور جهت استفاده آماده شود.
۷ - در صورت لزوم، برطبق خط مشی مؤسسه شماره شناسایی بیمار را وارد کنید یا دستبند بیمار را اسکن کنید.	منتظر بمانید برای ذخیرهٔ مشخصات و به دست آوردن اطلاعات صحیحی از سوابق بیمار.

کار

۸ – دستکش‌های تمیز بپوشید.

۹ – لانست را با استفاده از تکنیک آسپتیک آماده کنید.

۱۰ – نوار آزمایش را از ویال خارج کنید و سریعاً درب آن را ببندید. شماره کد روی جعبه نوار را با شماره روی صفحه مانیتور تطبیق دهید تا یکسان باشد.

۱۱ – برطبق دستور برای موارد خاص، نوار را به درون دستگاه وارد کنید. نوار می‌تواند بعد از نمونه‌گیری در دستگاه قرار گیرد، بستگی به نحوه کار دستگاه دارد.

۱۲ – بیمار دست‌های خود را با پاک کننده پوست و آب گرم بشوید یا ناحیه را با پنبه الکل تمیز کنید و کاملاً خشک نمایید.

۱۳ – یک محل سالم و عاری از ضایعه روی پوست انتخاب کنید مطمئن شوید ادم و پینه در محل نباشد و محل نمونه‌گیری گرم باشد.

۱۴ – لانست را به طور عمودی نسبت به پوست نگه دارید و محل مورد نظر را با لانست سوراخ نمائید. (شکل ۱)

۱۵ – چنانچه توسط کارخانهٔ سازنده توصیه شده است اولین قطرهٔ خون را با پنبه یا گاز چهارگوش پاک نمایید.

۱۶ – با پایین نگه داشتن انگشت، به کمک نیروی جاذبه خون را به سمت پایین هدایت کنید. در صورت لزوم انگشت را به آرامی نوازش کنید (بدوشید). تا میزان کافی از خون روی سطح قسمت نمونه‌گیری نوار را بپوشاند (بروشور آموزشی جهت استفاده از مانیتور را بررسی کنید). نوک انگشت یا محل سوراخ شده را فشار ندهید و خون یا محل سوراخ را لمس نکنید.

۱۷ – به آرامی قطرهٔ خون را در تماس با پد روی نوار آزمایش قرار دهید بدون اینکه روی آن بکشید (شکل ۲). نوار آزمایش را بعد از نمونه‌گیری داخل دستگاه اندازه‌گیری قرار دهید.

۱۸ – چنانچه توسط کارخانه سازنده دستور داده شده تایمر زمان را فشار دهید.

دلیل

دستکش‌ها از مواجهه پرستار با خون یا مایعات بدن جلوگیری می‌کنند.

تکنیک آسپتیک سبب استریل نگهداشتن می‌شود.

سریع بستن درب ویال سبب محافظت نوار در مقابل رطوبت، نور و تغییر رنگ آن می‌شود. با تطبیق دادن شماره کد روی نوار و مانیتور دستگاه مطمئن می‌شوید که دستگاه دقیقاً تنظیم می‌باشد.

واردکردن نوار به طور صحیح باعث می‌شود که میزان قند خون به درستی اندازه‌گیری شود.

شستن با صابون و آب یا الکل محل سوراخ‌شدن را تمیز می‌کند. آب گرم هم چنین به گشادشدن عروق کمک می‌کند. چنانچه الکل کاملاً خشک نشود می‌تواند در نتیجه آزمایش تأثیر بگذارد.

ناحیه آسیب دیده برای نمونه‌گیری مویرگی مناسب نمی‌باشد ادم و پینه یا انقباض عروقی (ناحیه سرد) امکان نمونه‌گیری صحیح را نمی‌دهد.

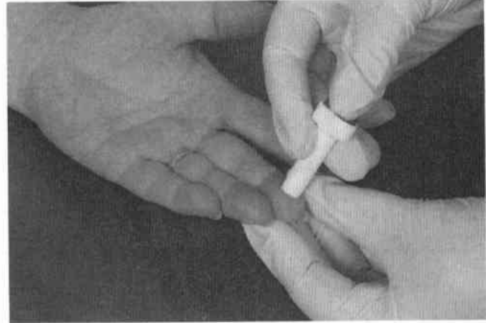
نگهداشتن لانست در وضعیت مناسب سبب تسهیل در سوراخ‌کردن صحیح پوست می‌شود.

بعضی‌ها احساس می‌کنند که اولین قطرهٔ خون ممکن است به وسیلهٔ سرم یا مواد پاک‌کننده آلوده شده باشد و باعث ایجاد اشتباه در نتیجه آزمایش می‌شود.

قطرهٔ بزرگ سبب می‌شود که نتیجه آزمایش دقیق‌تر شود، فشار دادن می‌تواند باعث ایجاد صدمه به بیمار و تغییر در نتیجه آزمایش بشود.

کشیدن خون روی نوار ممکن است باعث ایجاد اشتباه در نتیجهٔ آزمایش شود.

زمان‌بندی صحیح باعث می‌شود که نتیجه صحیح به دست آید.



شکل ۱. سوراخ‌کردن انگشت بیمار با لانست.



شکل ۲. قرار دادن خون روی نوار تست.

کار	دلیل
۱۹ – روی محل سوراخ شده با پنبه فشار دهید. از پنبه الکلی استفاده نکنید.	فشار سبب بند آمدن خون می‌شود. الکل باعث سوزش و طولانی‌شدن زمان خون‌ریزی می‌گردد.
۲۰ – نتیجهٔ اندازه‌گیری قند خون را بخوانید و در کنار تخت بیمار، در برگه مخصوص ثبت نمایید. بیمار را از نتیجه آزمایش مطلع سازید.	مدت زمانی که منتظر نتیجه آزمایش می‌شوید بستگی به نوع دستگاه دارد.
۲۱ – دستگاه را خاموش کنید. وسایل مصرفی را به طور مناسبی دور بریزید و لانست[1] را در ظرف مخصوص وسایل تیز بیندازید.	دورانداختن مناسب سبب پیشگیری از در معرض خون قرارگرفتن یا فرورفتن سرسوزن در بدن می‌شود.
۲۲ – دستکش‌ها و هرگونه PPE دیگر را خارج کنید و دست‌هایتان را بشویید.	شستن دست‌ها سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود. درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل و لوازم را کاهش می‌دهد.

ثبت

راهنمایی‌ها

سطح قند خون بر روی صفحه‌ی ثبت پزشکی، را طبق قوانین مؤسسه یادداشت کنید. ارزیابی بیمار، همچون مداخله‌ای مرتبط با سطح قند خون و هرگونه آموزش به بیمار را یادداشت کنید. نتایج و ارزیابی‌های اولیه‌ی غیرطبیعی را طبق قوانین مؤسسه گزارش کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- اندام‌های انتهایی در لمس سرد و رنگ‌پریده می‌باشند: انتهاها را گرم کنید. دست‌های بیماران بزرگسال توسط مالش دادن دست‌ها به یکدیگر گرم نگه دارید. کمپرس گرم مربوط نیز ممکن است استفاده شود.
- نتیجهٔ آزمایش قند خون بالا یا پایین‌تر از میزان نرمال است: بیمار را از نظر علایم کاهش یا افزایش قند خون مورد بررسی قرار دهید. گزارش پزشکی را برای انجام مداخلات دستور داده شده، مانند تجویز دوز انسولین یا کربوهیدرات کنترل کنید.

1- Lancet

مراقبین بهداشتی را از نتایج و بررسی‌های انجام شده، مطلع کنید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- در بالغین انگشت میانی یا انگشت حلقه بهترین محل برای اخذ نمونه هستند.
- در صورتی که برای نمونه‌گیری در محل انتخاب شده احساس سردی یا رنگ‌پریدگی کردید کمپرس گرم به مدت ۳ الی ۵ دقیقه می‌تواند مؤثر باشد.
- گرفتن نمونه خون از نواحی دیگری از بدن به غیر از نوک انگشتان با محدودیت‌هایی همراه است. خون نوک انگشتان نسبت به خون نواحی دیگر بدن، سرعت تغییر گلوکز را سریع‌تر نشان می‌دهد. این موضوع نشان می‌دهد، هنگامی که غلظت گلوکز خون به سرعت تغییر می‌کند، نتایج آزمایش قند خون نواحی دیگر بدن متفاوت از نتایج آزمایش قند خون نوک انگشتان می‌باشد (مثلاً پس از صرف غذا، تجویز انسولین و یا در حین ورزش یا پس از آن)، زیرا غلظت واقعی گلوکز در این نواحی با یکدیگر متفاوت می‌باشند. در نتیجه جواب نامطمئن خواهد بود.
- بیماران باید توجه داشته باشند که اگر کمتر از ۲ ساعت از خوردن غذای آنها می‌گذرد، کمتر از ۲ ساعت پس از تزریق انسولین سریع‌اثر و در حین ورزش و یا ۲ ساعت پس از گذشت ورزش، در حین بیماری یا شرایط استرس‌زا، هنگامی که علایم هیپوگلیسمی دارند، اگر بیماران قادر به تشخیص علایم هیپوگلیسمی نمی‌باشند یا اگر نتیجه تست با حالات بیمار مطابقت ندارد، حتماً باید از نمونه خون نوک انگشتان برای سنجش گلوکز خون استفاده نمایند.
- دستگاه اندازه‌گیری قند خون حداقل به طور ماهیانه یا برطبق دستورالعمل کارخانه سازنده و هنگامی که قوطی جدیدی از نوار تست باز می‌شود، نیاز به تنظیم شدن دارد. دستورالعمل کارخانه سازنده جهت تنظیم کردن دستگاه پی‌گیری شود. بعد از تنظیم، جهت اطمینان از صحت دستگاه باید توسط تست محلول کنترل موجود در ظرف که دارای میزان مشخصی گلوکز است، کنترل شود.
- کافی‌نبودن میزان خون می‌توانند سبب بروز خطا در نتیجهٔ آزمایش شود. مهم است که از میزان نمونه لازم برای هر دستگاه آگاهی داشته باشید.
- اخیراً مانیتورهایی که گلوکز تجمع یافته روی پوست را اندازه‌گیری می‌کند در دسترس می‌باشد. این دستگاه‌ها با استفاده از سنسورهایی که دقیقاً در بافت زیر جلد قرار می‌گیرند عمل می‌کنند. این وسیله با تحریک الکتریکی، مایع داخلی بدن را از طریق پوست به سنسور می‌رساند و سنسور اطلاعات را به مانیتور می‌دهد. این وسایل زمان واقعی اندازه‌گیری سطح گلوکز را در حدود ۱ تا ۵ دقیقه اندازه‌گیری می‌کند این سیستم‌ها نوع پیشرفته اندازه‌گیری انگشتی بوده و یک راه مشاهده سطح گلوکز خون و پی‌گیری آن است.

ملاحظات مربوط به نوزادان وکودکان

- چسب‌های پاشنه‌ای در سطح خارجی پاشنه در نوزادان استفاده می‌شود.
- گرم کردن پاشنه قبل از نمونه‌گیری موجب اتساع عروق منطقه شده و نمونه‌گیری را آسان می‌کند. این تکنیک نیز بدون اثرات جانبی مانند درد، فیبروزیس، زخم، نکروزیس و استئوکندریتیس نمی‌باشد.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- جهت بیمارانی که دارای اختلال بینایی هستند، دستگاه‌های اندازه‌گیری قند خون با صفحهٔ دیجیتال بزرگ برای خواندن یا اجزاء شنیداری وجود دارد.

ملاحظات مراقبت در منزل

- اندازه‌گیری و ثبت میزان سطح قند خون بیمار به طور مرتب باید در خانه انجام شود. آموزش بیماران یکی از عوامل مهم کنترل بیماری دیابت می‌باشد. این آموزش شامل: علایم، نشانه‌ها و کنترل هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی و تنظیم داروهای خوراکی یا تزریق پایین آورنده قند و مونیتورینگ سطح قند خون از طریق نمونه‌گیری از نوک انگشتان می‌باشد.
- انواع متفاوتی از دستگاه‌ها وجود دارد. به بیمار کمک کنید تا وسیلهٔ مناسب برای استفادهٔ شخصی خود را پیدا کند.

فصل ۱۱

دفع ادراری

مترجم: سیده سوسن نوری کرمانشاهی

روش کار ۱-۱۱ تعیین حجم مثانه با استفاده از یک اسکنر فراصوتی مثانه

نکات قابل توجه

تعیین حجم مثانه با استفاده از یک اسکنر فراصوتی مثانه فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- اسکنر مثانه
- ژل فراصوتی (اولتراسوند) و یا پد ژل اسکن مثانه
- پنبه الکل و یا هر ضد عفونی‌کننده دیگری که توسط کارخانه سازنده اسکنر و یا مؤسسه درمانی توصیه شده است.
- دستکش‌های تمیز
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- دستمال کاغذی و یا حوله

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - پرونده بیمار را از نظر محدودیت هرگونه فعالیت فیزیکی مرور کنید.	محدودیت‌های فیزیکی ممکن است جهت سازش بیمار برای انجام کار ضروری باشد.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت انتخاب می‌شود.

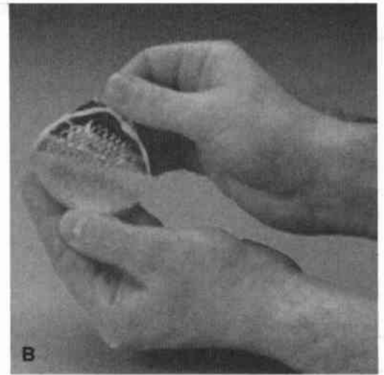
کار	دلیل
۳ – بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر مداخلات را دریافت می‌دارد و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ – پرده‌های کنار تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. روش انجام کار را برای بیمار شرح دهید و توانایی بیمار را در همکاری با خود و در رعایت بهداشت شخصی وی بررسی نمایید.	این امر خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن درباره روش کار به بیمار اطمینان خاطر می‌دهد و سبب می‌شود تا اطلاعاتی را درباره اقدامی که انجام می‌دهید، کسب نماید. صحبت‌کردن با بیمار سبب تشویق وی به همکاری با پرستار می‌شود.
۵ – تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار قرار دهید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است. بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید. بیمار را بپوشانید. در صورتی که راست دست هستید، در سمت راست بیمار بایستید و در صورت چپ‌دست بودن، در سمت چپ بیمار قرار بگیرید.	قراردادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند. قراردادن بیمار در وضعیت صحیح، بررسی دقیق حجم مثانه را امکان‌پذیر می‌سازد. پوشاندن بیمار تا حداکثر ممکن، آسایش و امنیت بیمار را فراهم می‌آورد. قرارگیری صحیح پرستار سبب می‌شود تا او بتواند به راحتی از دست غالب خود برای اجرای کار استفاده کند.
۶ – دستکش‌های تمیز بپوشید.	دستکش‌ها از تماس پرستار با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند.
۷ – دکمه "روشن" دستگاه را فشار دهید. مدتی صبر کنید تا دستگاه آماده کار شود. سپس دکمه "اسکن" را که بر روی صفحه اسکن دستگاه قرار دارد، فشار دهید.	در بسیاری از دستگاه‌ها، آماده‌سازی برنامه‌های داخلی چندین دقیقه به طول می‌انجامد.
۸ – دکمه جنسیت مناسب را فشار دهید. آیکون زن یا مرد بر روی صفحه نشان داده خواهد شد (شکل ۱).	دستگاه ممکن است برای هر جنسیتی به گونه‌ای متفاوت برنامه‌ریزی شده باشد که مستلزم فشاردادن دکمه صحیح بر روی دستگاه است. اگر بیمار مؤنثی عمل هیسترکتومی داشته است، باید دکمه مذکر فشار داده شود.
۹ – با تمیزکننده‌ای مناسب، اسکنر را تمیز کنید (شکل ۲).	تمیزکردن سر اسکنر مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۱۰ – سمفیز پوبیس بیمار را به آرامی لمس نمایید. مقدار مناسبی از ژل فراصوتی را در خط وسط شکم بیمار و در حدود ۱ تا ۱/۵ اینچ بالاتر از سمفیز پوبیس مختل (تقاطع استخوان‌های پوبیس در خط وسط قدامی) بمالید (شکل ۳).	لمس‌کردن سبب یافتن محل مناسب قراردهی سر اسکنر بر روی مثانه بیمار می‌شود.
۱۱ – سر اسکنر را بر روی ژل و یا پد ژل قرار داده و آیکون جهت‌یابی سر اسکنر را به سمت سر بیمار بگیرید. سر اسکنر را به سمت مثانه بگیرید (سر اسکنر را مقداری به سمت پایین و به طرف استخوان دنبالچه حرکت دهید). دکمه "اسکن" را فشار داده و رها کنید (شکل ۴).	قراردهی مناسب سر اسکنر، خواندن صحیح مقدار ادرار داخل مثانه را امکان‌پذیر می‌سازد.

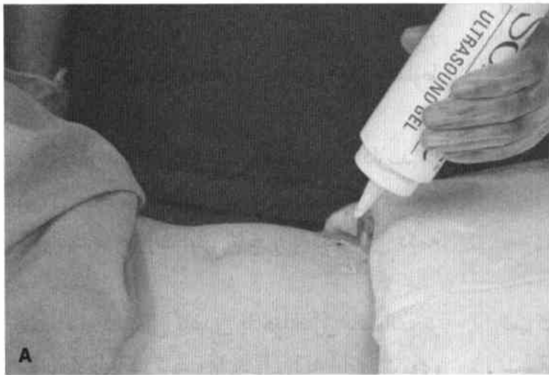


شکل ۱. مشخص کردن آیکون مربوط به "جنسیت" بیمار.



شکل ۲. تمیز کردن سر اسکنر.



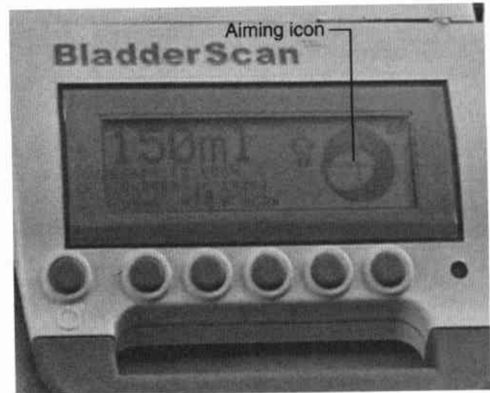


شکل ۳. A) ژل فراصوتی را ۱ تا ۱/۲ اینچ بالاتر از سمفیز پوبیس بر روی شکم بمالید. B) پد ژل. حجم مثانه را بدون کاتتریزاسیون اندازه‌گیری کنید.





شکل ۴. A) قراردادن سر اسکنر در جهت سر بیمار. B) فشار دادن دکمه "اسکن".



شکل ۵. تصویر مثانه باید در وسط خطوط متقاطع قرار گیرد.

کار	دلیل
۱۲ – تصویر موجود بر صفحه اسکنر را مشاهده کنید. سر اسکنر را طوری تنظیم کنید که مثانه در وسط خطوط متقاطع قرار گیرد (شکل ۵).	این عمل سبب خواندن صحیح مقدار ادرار داخل مثانه می‌گردد.
۱۳ – دکمه "انجام شد" را فشار داده و مدتی نگاه دارید تا دستگاه بوق بزند. حجم نشان داده شده بر روی صفحه اسکنر را بخوانید. در صورت نیاز، نتایج را با فشاردادن دکمه "چاپ" چاپ کنید.	این عمل سبب ثبت دقیق نتایج می‌شود.
۱۴ – با استفاده از دستمال کاغذی یا حوله، ژل باقیمانده بر روی پوست بیمار را پاک کنید و یا پد ژل را به آرامی از روی پوست بیمار بردارید. بیمار را به وضعیتی راحت منتقل نمایید. دستکش‌ها را درآورید و مطمئن شوید که بیمار پوشیده است.	تمیزکردن ژل از روی پوست بیمار سبب احساس آرامش در بیمار می‌شود. درآوردن دستکش‌های آلوده از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۵ – ارتفاع تخت را کم کنید و سر تخت را در وضعیتی راحت قرار دهید. در صورت لزوم، زنگ اخبار تخت را مجدداً نصب نمایید.	این اعمال سبب حفظ امنیت بیمار می‌شوند.
۱۶ – PPE اضافی را در صورت استفاده در آورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

اطلاعات انجام شده من جمله استفاده از اسکنر مثانه، اندازه‌گیری حجم ادرار و واکنش بیمار را یادداشت کنید و باید با نشانه‌های اندازه‌گیری حجم ادرار و واکنش بیمار مطابقت داشته باشد.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- پرستار، در حین روشن‌کردن اسکنر، دکمه "جنسیت" را به اشتباه فشار می‌دهد: دستگاه را خاموش کنید، دوباره روشن نموده و اطلاعات را دوباره وارد نمایید.
- پرستار براساس بررسی‌های انجام شده، بر این باور است که مثانه کاملاً پر است، اما اسکنر هیچ ادراری را در مثانه نشان نداده و یا مقدار اندکی ادرار را نشان می‌دهد: از نحوه صحیح قرارگیری سر اسکنر اطمینان حاصل نمایید. مقدار متنابهی از ژل و یا پد ژل را در خط وسط شکم بیمار، ۱ تا ۱/۵ اینچ بالاتر از سمفیز پوبیس بریزید. سر اسکنر را بر روی ژل یا پد ژل قرار دهید، به طوری که آیکون جهت در سر مثانه به سمت سر بیمار باشد. سر اسکنر را به سمت پایین یعنی به طرف مثانه حرکت دهید. اطمینان حاصل کنید که تصویر مثانه در وسط خطوط متقاطع واقع شده است.

روش کار ۲-۱۱ کمک برای استفاده از لگن

نکات قابل توجه

کمک برای استفاده از لگن توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

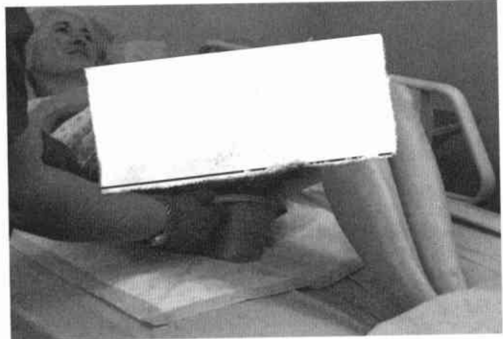
وسایل

- لگن یا لوله ادرار
- دستمال توالت
- دستکش یک بار مصرف
- پوشش برای لگن یا لوله ادرار. پوشش‌های مخصوص یا یک بار مصرف
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- حوله مرطوب، پاک کننده پوست و آب
- لیف حمام، پاک کننده پوست یک بار مصرف
- ضد عفونی کننده دست

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – پرونده بیمار را از نظر هرگونه محدودیت در فعالیت فیزیکی مرور نمایید. وسایل را جمع‌آوری کنید.	محدودیت در فعالیت ممکن است برخی از فعالیت‌هایی را که بیمار انجام می‌دهد، منع نماید. آماده کردن وسایل سبب سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود.
۲ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری به عمل می‌آورد. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت، مورد نیاز است.
۳ – بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، مداخلات پرستاری را دریافت می‌دارد و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ – وسایل را روی صندلی نزدیک بیمار طوری قرار دهید تا در دسترس باشند.	قرار دادن وسایل و در دسترس بودن آنها موجب صرفه‌جویی در وقت و پرهیز از کشش عضلات پرستار و جابجایی بی‌مورد وی می‌گردد.
۵ – پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار با بیمار صحبت کرده و توانایی او را در همکاری با خود و در انجام فعالیت‌های بهداشتی شخصی‌اش ارزیابی نمایید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. صحبت با بیمار سبب اطمینان خاطر وی شده و باعث می‌شود تا بیمار اطلاعاتی را درباره آن اقدام کسب نماید. صحبت‌کردن با بیمار وی را ترغیب به همکاری با پرستار می‌نماید.

کار	دلیل
۶ – در صورتی که منعی وجود نداشته باشد، در حاشیه لگن از پودر استفاده کنید. لگن و پوشش آن را روی صندلی کنار تخت قرار دهید. دستکش بپوشید.	پودر از چسبیدن لگن به پوست بیمار جلوگیری کرده و باعث می‌شود تا لگن راحت‌تر جابجا شود. در صورتی که بیمار مشکلات تنفسی یا حساسیت داشته باشد و یا نیاز به گرفتن نمونه ادرار باشد، نباید از پودر استفاده کرد (پودر می‌تواند موجب آلوده‌شدن نمونه گردد). قراردادن لگن بر روی صندلی کنار تخت دسترسی به آن را آسان می‌کند. دستکش از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کند.
۷ – تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم نمایید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار می‌باشد. بیمار را در وضعیت طاقباز قرار داده، به طوری که سر تخت ۳۰ درجه بالاتر باشد، مگر اینکه کنترااندیکاسیون داشته باشد.	تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند. قراردادن بیمار در وضعیت طاقباز برای جایگذاری صحیح لگن ضروری است.
۸ – ملحفهٔ رویی را تا حدی کنار بزنید که بتوانید لگن یا لوله را در جای خود قرار دهید. قبل از قراردادن لگن یک ملحفه ضد آب (مشمع) در ناحیه زیر باسن بیمار قرار دهید.	کنارزدن ملحفه با این روش از لخت‌کردن غیر ضروری بیمار به هنگام قراردان لگن یا لوله جلوگیری می‌کند. قرار دادن ملحفه در زیر بیمار از خیس‌شدن ملحفه اصلی جلوگیری می‌کند.
۹ – اگر بیمار برای نشستن روی لگن نیاز به کمک دارد زانوهایش را خم کنید تا مقداری از وزنش روی پاشنه‌هایش انتقال یابد. یک دست را در روی پاشنه‌هایش انتقال یابد. یک دست را در قسمت کمر قرار داده و آن را بالا آورده و با دست دیگر لگن را در جای مورد نظر قرار دهید (شکل ۱).	موقعی که بیمار مقداری از وزنش را روی پاشنه‌اش منتقل می‌کند، پرستار انرژی کمتری مصرف می‌کند!
۱۰ – مطمئن باشید که لگن در وضعیت مناسب قرار دارد، هنگامی که لگن به طور مناسب قرار داده شود باسن بیمار روی قسمت گرد لگن قرار می‌گیرد.	قراردادن لگن یا لوله در محل مناسب از ریخته‌شدن ادرار روی تخت و آسیب پوست (به علت قرارگرفتن نامناسب لگن روی تخت) جلوگیری می‌کند.
۱۱ – در صورت امکان سر تخت را در حد تحمل بیمار بالا بیاورید مگر آنکه منعی وجود داشته باشد. روی بیمار را بپوشانید.	این وضعیت موجب تخلیهٔ راحت‌تر ادرار یا مدفوع بیمار می‌گردد، فشار کمتری به کمر بیمار وارد می‌آید و اجازه می‌دهد تا نیروی جاذبه به دفع کمک کنید. پوشاندن بیمار موجب گرما و راحتی بیمار می‌شود.
۱۲ – زنگ اخبار و دستمال توالت را جایی قرار دهید که به راحتی در دسترس باشند. لگن را در پایین‌ترین وضعیت خود قرار دهید. اگر بیمار به طور مطمئن قادر به دفع است او را تنها بگذارید. نردهٔ کنار تخت را بالا بیاورید (شکل ۲).	وقتی وسایل مورد نیاز بیمار در دسترس او باشد از افتادن او پیشگیری می‌شود. نرده‌های کنار تخت امنیت بیمار را فراهم می‌کند. ترک‌کردن بیمار (در صورتی که امکان داشته باشد) خلوت او را فراهم می‌سازد و موجب افزایش اعتماد به نفس وی می‌گردد. قرار دادن لگن در پایین‌ترین وضعیت موجب امنیت بیمار می‌شود.



شکل ۱. کمک به بیمار برای بلند کردن خود و قرار دادن لگن. (توجه: پوشش بیمار را تا حدی که لازم است کنار بزنید. در عکس برای نشان دادن روش کار پوشش بیمار کنار زده شده)



شکل ۲. قراردادن زنگ اخبار و دستمال کاغذی در دسترس بیمار.

کار	دلیل
۱۳ – دستکش و PPEهای دیگر را خارج کرده و دست‌ها را بشویید.	شستن دست‌ها میکروارگانیزم‌ها را از دست دور می‌کند. درآوردن صحیح PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
برداشتن لگن ۱۴ – دست‌ها را بشویید. در صورت لزوم، دستکش یک بار مصرف و PPE بپوشید. تخت را بالا ببرید تا حدی که راحت بتوانید کار کنید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است. کیسه‌ای را برای مواد دور ریختنی در نظر بگیرید.	شستن دست میکروارگانیسم‌ها را دور می‌کند. دستکش سبب حفاظت از پرستار در مواجهه با خون و ترشحات بدن می‌شود. قرار دادن تخت در ارتفاع مناسب از فشارآمدن به کمر پرستار به هنگام کمک به بیمار جلوگیری می‌کند. معدوم‌کردن صحیح لوازم آلوده از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۵ – در صورت نیاز سر تخت را تا حدود ۳۰ درجه پایین بیاورید. به همان طریقی که لگن گذاشته شده، برداشته می‌شود. دقت کنید آن را محکم نگه دارید. از بیمار بخواهید با زانوهای خمیده ناحیه باتکس خود را از لگن جدا کند. در صورت نیاز به بیمار کمک کنید و از زیر کمر بیمار محافظت کنید. لگن را روی صندلی کنار تخت قرار دهید و پوشش آن را بگذارید.	نگه داشتن محکم لگن از ریخته شدن محتویات آن جلوگیری می‌کند. هنگامی که بیمار بخشی از وزنش را به روی پاشنه پا منتقل می‌کند پرستار انرژی کمتری مصرف می‌کند. پوشاندن لگن از پخش‌شدن میکروارگانیزم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۶ – اگر بیمار برای تمیزکردن خود نیاز به کمک دارد دستمال توالت را در اختیار او قرار دهید یا وی را تمیز کنید. نحوه پاک‌کردن از ناحیه پوبیس به طرف مقعد باشد. دستمال توالت را دور بیاندازید این کار را تا زمانی انجام دهید تا بیمار کاملاً پاک شود. بیمار را به پهلو قرار دهید و از تمیز بودن بیمار مطمئن شوید.	پاک کردن ناحیه از جلو به عقب احتمال آلودگی مجرای ادرار و واژن را به حداقل می‌رساند. پاک‌کردن بیمار از حساسیت پوست و بوی بد جلوگیری می‌کند.

کار	دلیل
۱۷ – در صورتی که نیاز به نمونهٔ ادرار دارید، دستمال توالت را داخل لگن نیاندازید. دستمال را در ظرف مخصوص بیاندازید.	اختلاط دستمال توالت با نمونهٔ ادرار در جواب آزمایش مشکل ایجاد کرده و اندازه‌گیری دقیق ادرار دفع شده با اشکال مواجه می‌شود.
۱۸ – بیمار را به وضعیت راحت برگردانید. مطمئن باشید که زیر بیمار خشک است. در صورت نیاز پد زیر بیمار را تعویض یا بردارید. دستکش خود را خارج کنید و مطمئن باشید که روی بیمار پوشیده است.	قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب به راحتی وی کمک می‌کند و خارج‌کردن دستکش از پخش‌شدن میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۹ – نرده کنار تخت را بالا بکشید. تخت را پایین بیاورید و سر تخت را در وضعیت مناسب قرار دهید. زنگ اخبار را وصل کنید.	انجام این اقدامات ایمنی بیمار را فراهم می‌کند.
۲۰ – وسایل مورد نیاز جهت شستن دست‌ها را در اختیار بیمار قرار دهید. در صورت نیاز به او کمک کنید.	شستن دست‌ها پس از استفاده از لگن یا لوله، انتشار میکروارگانیسم‌ها را محدود می‌کند.
۲۱ – دستکش تمیز بپوشید. لگن را خالی و تمیز کنید. در صورت نیاز ادرار داخل لگن را اندازه‌گیری کنید. ظرف آشغال به همراه دستمال توالت استفاده شده را برطرق دستورات مؤسسه، معدوم نمایید.	دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند. تمیزکردن وسایلی که قابلیت چندین بار استفاده را دارند، به جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها کمک می‌کند.
۲۲ – در صورت استفاده از PPE اضافی، آن را درآورید. دست‌های خود را بشوئید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل و تجهیزات را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

سطح تحمل فعالیت بیمار را یادداشت کنید. میزان ادرار، در ثبت ورودی و خروجی را در صورت نیاز یادداشت کنید. هرگونه ارزیابی، همچون مشخصات غیرطبیعی یا تغییر در پوست بیمار را ذکر کنید.

ملاحظات خاص

- استفاده از لگن شکستگی معمولاً برای بیماران راحتتر است ولی گنجایش آن به اندازه لگن معمولی نیست.
- استفاده از لگن ارتوپدی (شکستگی) معمولاً در بیماران بسیار لاغر یا مسن‌تر راحت‌تر است.
- نباید لگن به مدت طولانی در زیر بیمار قرار بگیرد زیرا موجب فشار اضافه و تحریک پوست بیمار می‌گردد.

روش کار ۳-۱۱ کمک برای استفاده از لوله ادراری

نکات قابل توجه

استفاده از لوله ادرار توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- لوله ادرار با درپوش انتهایی (که معمولاً به آن متصل است)
- دستمال توالت
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- دستکش تمیز یکبار مصرف
- لیف، پاک کننده پوست یک بار مصرف
- حوله مرطوب و پاک کننده دست یا ضد عفونی کننده دست

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - پرونده بیمار را از نظر هرگونه محدودیت در انجام فعالیت فیزیکی مرور نمایید.	محدودیت فعالیت ممکن است بیمار را از انجام برخی از عملکردها منع نماید.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت مورد نیاز می‌باشد.
۳ - بیمار را شناسایی نمایید.	با شناسایی بیمار، اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، مداخلات مربوطه را دریافت می‌دارد و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - وسایل داروی صندلی نزدیک تخت بیمار به نحوی که در دسترس باشد قرار دهید.	قرار دادن وسایل و در دسترس بودن آنها موجب صرفه‌جویی در وقت و پرهیز از کشش عضلات پرستار و جابجایی بی‌مورد وی می‌گردد.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار با بیمار صحبت نمایید و توانایی او را در همکاری با خود و در انجام امور بهداشتی شخصی ارزیابی نمایید.	این امر خلوت بیمار را تضمین می‌کند. صحبت با بیمار درباره انجام کار، سبب اطمینان خاطر بیمار شده و بیمار اطلاعاتی را درباره آن کسب می‌نماید. همچنین صحبت با بیمار سبب تشویق وی به همکاری با پرستار می‌گردد.
۶ - دستکش بپوشید.	دستکش‌ها از تماس با خون و ترشحات بدن جلوگیری می‌کنند.
۷ - در صورت نیاز به بیمار کمک کنید تا در وضعیت مناسبی قرار گیرد: ایستاده در کنار تخت، به پشت یا به پهلو دراز بکشد، به طور نشسته در تخت قرار بگیرد یا در لبه تخت بنشیند.	این وضعیت‌ها خروج ادرار و تخلیه مثانه را تسهیل می‌کند.



شکل ۱. نحوه قراردادن لوله ادراری برای آقایان (توجه کنید پوشش بیمار باید تا حدی که بتوان کار کرد تا شود و در معرض دید قرار دادن غیر ضروری پرهیز شود).

کار	دلیل
۸ – اگر بیمار در تخت باقی می‌ماند ملحفه را تا جایی پایین بیاورید تا قرار دادن لوله به راحتی انجام گیرد.	تاکردن ملحفه به این صورت موجب می‌شود که فقط قسمتی از بدن بیمار که لازم است در معرض دید باشد.
۹ – اگر بیمار نایستاده است پاها را کمی از هم باز کنید لوله را در بین پاها قرار دهید. طوری که آلت تناسلی در داخل لوله قرار گیرد (شکل ۱). ته لوله پایین‌تر از آلت تناسلی قرار گیرد. در صورت نیاز به بیمار کمک کنید تا لوله در محل قرار گیرد.	باز کردن مختصر پا به قرارگیری مناسب لوله کمک می‌کند. قرار دادن آلت تناسلی در داخل لوله و پایین‌تر قرار دادن ته لوله از آلت تناسلی موجب می‌شود که ادرار تخت را کثیف نکند.
۱۰ – روی بیمار را بپوشانید.	پوشاندن بیمار به احساس گرما و راحتی بیمار کمک می‌کند.
۱۱ – زنگ اخبار و دستمال توالت را جایی قرار دهید که به راحتی در دسترس باشند. یک کیسه برای وسایل دور ریختنی در نظر بگیرید. تخت را در پایین‌ترین حد قرار دهید. برای راحتی بیمار وی را ترک کنید. کناره‌های تخت را بالا بکشید.	قرار دادن وسایل در نزدیک بیمار از افتادن جلوگیری می‌کند. پایین قرارگرفتن تخت وضعیت راحتی را برای بیمار فراهم می‌کند. تنها گذاشتن بیمار اعتماد به نفس وی را افزایش داده و احترام گذاشتن به محیط خصوصی بیمار را نشان می‌دهد. بالا قرار دادن کناره‌های تخت به وضعیت قرارگیری بهتر بیمار کمک می‌کند.
۱۲ – دستکش و PPE اضافی را خارج کنید و دستهایتان را بشویید.	درآوردن مناسب PPE، انتشار میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
برداشتن لوله	
۱۳ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم دستکش یک بار مصرف و PPE بپوشید.	شستن دست میکروارگانیسم‌ها را دور می‌کند. پوشیدن دستکش از در معرض خون و مایعات بدن قرار گرفتن فرد را محافظت می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت، مورد نیاز است.

کار	دلیل
۱۴ - ملحفه بیمار را تا حدی عقب بکشید که برداشتن لوله امکانپذیر باشد. قسمت باز لوله را بپوشانید. آن را روی صندلی کنار تخت قرار دهید. اگر بیمار برای تمیزکردن خود نیاز به کمک دارد دستمال توالت را در اختیار او قرار دهید یا وی را تمیز کنید. دستمال توالت را در کیسه قرار دهید. برای پاک کردن ناحیه پرینه یا هر جایی که بیمار لازم دارد از یک لیف و دستمال پاک کننده گرم و مرطوب یک بار مصرف استفاده کنید.	پوشاندن لوله از پخش‌شدن میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. پاک کردن بیمار بعد از استفاده از لگن از ایجاد بوی بد و تحریک پوست جلوگیری می‌کند.
۱۵ - بیمار را به وضعیت راحت برگردانید. مطمئن باشید که زیر بیمار خشک است. در صورت نیاز پد زیر بیمار را تعویض یا بردارید. دستکش خود را خارج کنید و مطمئن باشید که روی بیمار پوشیده است.	قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب به راحتی وی کمک می‌کند و خارج‌کردن دستکش از پخش‌شدن میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۶ - مطمئن باشید که زنگ اخبار کار می‌کند.	این مسئله ایمنی بیمار را فراهم می‌کند.
۱۷ - وسایل مورد نیاز جهت شستن دست‌ها را در اختیار بیمار قرار دهید. در صورت نیاز به او کمک کنید.	شستن دست‌ها پس از استفاده از لگن یا لوله، انتشار ارگانیسم‌ها را محدود می‌کند. ظرف آشغال و دستمال‌های توالت استفاده شده را برطبق دستورات مؤسسه معدوم نمایید.
۱۸ - دستکش تمیز بپوشید. لگن را خالی و تمیز کنید. در صورت نیاز ادرار داخل لگن را اندازه‌گیری کنید. ظرف آشغال و دستمال‌های توالت استفاده شده را بر طبق دستورات مؤسسه معدوم نمایید.	اندازه‌گیری حجم ادرار برای ثبت دقیق ورودی و خروجی ضروری است.
۱۹ - در صورت استفاده از دستکش و PPE اضافی، آنها را درآورید. دست‌ها را بشویید.	دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند. درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

سطح تحمل فعالیت بیمار را یادداشت کنید. میزان ادرار را، در ثبت ورودی و خروجی آن در صورت نیاز، یادداشت کنید. هرگونه ارزیابی، همچون مشخصات غیرطبیعی یا تغییر در پوست بیمار را ذکر کنید.

ملاحظات خاص

- لوله نباید مدت طولانی در محل باقی بماند چون باعث فشار و تحریک پوست می‌گردد. اگر بیمار در استفاده از لوله به تنهایی یا با کمک مشکل دارد از لگن کنار تخت و کاندوم سوند خارجی استفاده شود.
- ممکن است بیمار به علت محدودیت حرکت در اندام فوقانی یا تغییرات ذهنی یا جهت پیشگیری از ریخته شدن ادرار در تخت و برای نگه داشتن لوله در محل نیاز به کمک داشته باشد.
- بیمار چنانچه قادر باشد می‌تواند از لوله در حالت ایستاده یا نشسته در تخت یا در حمام استفاده کند.

روش کار ۴-۱۱ گذاشتن سوند متصل به کاندوم (کاندوم سوند)

نکات قابل توجه

استفاده از سوند کاندوم توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- کاندوم در اندازه مناسب
- لگن حاوی آب گرم و تمیز کننده پوست
- دستکش یک بار مصرف
- حوله و لیف حمام
- کیسه چند بار مصرفی که به پا وصل می‌شود، همراه با لوله یا سیستم تخلیهٔ ادرار
- پتوی حمام
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- قیچی
- تسمه پای velcro، نوار چسب
- محافظ پوست مانند کاویلون

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – وسایل را جمع‌آوری کنید.	آماده کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی انجام وظایف می‌شود.
۲ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌هامی‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ – بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل خواهد شد که همان بیمار مورد نظر، خدمات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ – پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار با بیمار صحبت کنید. درباره سابقه حساسیت به خصوص حساسیت نسبت به لاتکس از بیمار سؤال کنید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. صحبت‌کردن با بیمار سبب اطمینان خاطر وی شده و اطلاعاتی را درباره روش انجام کار در اختیار وی قرار می‌دهد. همچنین صحبت‌کردن با بیمار وی را تشویق به همکاری با پرستار می‌کند. برخی از کاندوم‌ها از لاتکس ساخته شده‌اند.
۵ – وسایل را طوری بر روی میز کنار تخت قرار دهید که در دسترس باشد.	جمع‌آوری وسایل در کنار تخت سبب صرفه‌جویی در زمان و انرژی می‌شود. چیدن وسایل در نزدیکی پرستار از کشیدگی و پیچیدگی بی‌مورد عضلات پرستار جلوگیری می‌کند.

کار

۶ - تخت را در ارتفاعی مناسب برای انجام کار قرار دهید. ارتفاع مطلوب تخت برای انجام کار، در سطح آرنج پرستار است. اگر راست دست هستید در سمت راست بیمار و اگر چپ دست هستید در سمت چپ بیمار قرار بگیرید.

دلیل

قراردادن تخت در ارتفاع مناسب سبب می‌شود که هنگام سوندگذاری به کمر پرستار فشار وارد نشود. این وضعیت باعث می‌شود که برای سوندگذاری از دست غالبتان استفاده کنید.

کار

۷ - سیستم تخلیهٔ ادرار و یا کیسهٔ متصل شونده به پا را برای وصل‌کردن به پوشش کاندوم آماده کنید.

دلیل

با این کار می‌توان به صورت منظم و مرتب کار را انجام داد.

کار

۸ - بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید. با پارچه و حولهٔ حمام طوری بیمار را بپوشانید که فقط ناحیهٔ تناسلی در معرض دید باشد. پارچه ضد آب را زیر بیمار قرار دهید.

دلیل

با این کار محیط خصوصی لازم برای بیمار فراهم می‌شود. پوشاندن بیمار از در معرض دید بودن غیرضروری جلوگیری می‌کند و سبب گرم شدن می‌شود. پارچه ضد آب ملحفه‌های تخت را مقابل رطوبت حفظ می‌کند.

کار

۹ - دستکش یک بار مصرف به دست کنید. موهای بلندی را که با آلت تناسلی تماس دارند کنار بزنید.

دلیل

کنارزدن موها موجب می‌شود که موها کشیده نشوند و در مقایسه با شیوکردن موها خطر عفونت وجود ندارد. دستکش از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کند.

کار

۱۰ - ناحیه ژنیتال را با لیف، صابون و آب گرم بشویید. اگر بیمار ختنه نشده، پوست آلت را عقب بکشید و ناحیه را تمیز کنید. پوست را به حالت قبل برگردانید. ابتدا نوک آلت را تمیز کنید. با یک حرکت دورانی توسط لیف از طرف مجرا به سمت قاعده آن را تمیز کنید. قسمت تنه‌ی پنیس را با حرکت به ناحیه پوبیک بشوئید. آبکشی و خشک کنید. دستکش را خارج کنید. دست‌ها را مجدد بشویید.

دلیل

شستن میکروارگانیسم‌ها و ترشحات ادراری را خارج می‌کند. تمیز کردن و خشک‌کردن آلت، تحریک پوست را به حداقل می‌رساند. اگر پوست ختنه‌گاه به سمت چپ کشیده شود ممکن است باعث احتقان وریدی در بیضه‌ها شده و منجر به ادم شود. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

کار

۱۱ - از محافظ پوست در ناحیه آلت استفاده کنید و اجازه دهید تا خشک شود.

دلیل

محافظ پوست خطر تحریک پوست در اثر چسبندگی را کاهش می‌دهد و رطوبت و توانایی چسبندگی به پوست را افزایش می‌دهد.

کار

۱۲ - کاندوم را پشت و رو کنید. با دست غیرغالب خود آلت را محکم بگیرید. با دست غالب خود، با حرکت لغزشی چرخشی، پوشش کاندوم را بر روی آلت بکشید (شکل ۱). بین نوک آلت و انتهای پوشش کاندوم ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر (۱ تا ۲ اینچ) فاصله بگذارید.

دلیل

با پشت و روکردن پوشش کاندوم، آسان‌تر می‌توان آن را نصب نمود. فاصلهٔ موجود از تحریک‌شدن نوک آلت جلوگیری کرده و اجازه می‌دهد تخلیه آزادانه صورت گیرد.

کار

۱۳ - انتهای کاندوم را حدود ۱۰ تا ۱۵ ثانیه فشار دهید.

دلیل

فشار دادن باعث چسبیدن بهتر کاندوم به پوست خواهد شد.

کار

۱۴ - کاندوم را به سیستم تخلیه وصل کنید (شکل ۲). از تاشدن و پیچ‌خوردن لوله تخلیه جلوگیری کنید.

دلیل

سیستم جمع‌آوری باعث خشک‌ماندن بدن بیمار می‌گردد. اگر لوله تا بخورد، ادرار پس می‌زند.

کار

۱۵ - دستکش‌ها را خارج کنید. لوله تخلیه را به قسمت داخل ران بیمار با چسب یا نوار ثابت کنید. برای حرکت راحت بیمار سوند را کمی شل وصل کنید.

دلیل

وصل کردن مناسب از کشیدگی کاندوم و خارج‌شدن آن جلوگیری می‌کند.



شکل ۱. بازکردن کاندوم سوند به روی آلت.



شکل ۲. وصل کردن کاندوم به لوله تخلیه.

کار

۱۶ – بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. بیمار را با ملحفه بپوشانید. تخت را در پایین‌ترین حد قرار دهید.

۱۷ – کیسه تخلیه را پایین‌تر از مثانه قرار دهید. مطمئن شوید که لوله تخلیه پیچ نخورده و حرکت نرده‌های کنار تخت به کیسه تخلیه آسیب وارد نمی‌کند.

۱۸ – وسایل را بردارید. در صورت استفاده از دستکش و PPEهای اضافی، آنها را درآورید. دست‌های خود را بشوئید.

دلیل

وضعیت راحت به بیمار دادن و پوشاندن وی باعث افزایش گرمی و راحتی بیمار می‌گردد.

این اقدام موجب تسهیل در تخلیه ادرار شده و از پس‌زدن ادرار به عقب جلوگیری می‌کند.

معدوم‌کردن صحیح تجهیزات از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. درآوردن PPE، به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر تجهیزات را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

درخواست کاتتر کاندوم و شرایط پوست بیمار را یادداشت کنید. در صفحه‌ی ثبت خروجی و ورودی، خروجی ادرار را ثبت کنید.

وضعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- با هر بار ادرار کردن کاندوم سوند نشت می‌کند: اندازه سوند کاندوم را کنترل کنید. چنانچه اندازه آن کوچک یا بزرگ باشد نشت می‌کند. محل بین نوک آلت و انتهای کاندوم سوند را بررسی کنید. اگر این فضا کوچک باشد ادرار نمی‌تواند عبور کند و نشت می‌کند.
- در صورتی که کاندوم سوند در محل باقی نماند: مطمئن شوید که اندازه کاندوم سوند مناسب است و قبل از متصل‌کردن کاندوم سوند آلت به خوبی خشک شده باشد. به بیمار یادآوری کنید که کاندوم سوند دارد و نباید آن را بکشد. اگر بیمار یک آلت فرورفته دارد ممکن است کاندوم سوند انتخاب مناسبی نباشد، بنابراین برای این بیماران از کیسه‌های کوچک استفاده می‌شود.
- هنگام بررسی پوست آلت پرستار متوجه آسیب در تمامیت پوستی می‌گردد: نباید از کاندوم سوند برای بیمار استفاده شود. تا آنجایی که ممکن است پوست را در معرض هوا قرار دهید. در صورت وجود پرستار متخصص زخم، اوستومی و بی‌اختیاری با وی برای اقدام مناسب مشورت کنید.

روش کار ۵-۱۱ سوندگذاری مثانه خانم‌ها (موقتی و دایمی)

نکات قابل توجه

سوندگذاری مثانه خانم‌ها فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ست استریل سونداژ که شامل موارد زیر می‌باشد:
- پارچه‌های استریل (یکی از آنها به شکل شان سوراخ‌دار باشد)
- دستکش استریل
- محلول ضد عفونی
- ژل نرم کننده
- گلوله پنبه یا گاز چهارگوش
- پنس
- سوند استریل کوچکترین سایز مناسب (معمولاً ۱۴F تا ۱۶F با بالن ۵ تا ۱۰ میلی‌لیتر)
- سرنگ از قبل پر شده با نرمال سالین یا آب مقطر استریل برای پرکردن بالن سوند
- ظرف نمونه‌برداری استریل (در صورت لزوم)
- چراغ قوه یا لامپ
- نوارچسب پارچه‌ای یا کاغذی (ولکرو)
- دستکش‌های یک بار مصرف
- پد ضد آب
- کیسهٔ جمع‌آوری ادرار و لولهٔ تخلیه (اگر از سیستم تخلیهٔ بسته استفاده شود، ممکن است به سوند استریل دایمی وصل شود)
- لیف حمام جهت شستشو و آب گرم برای شستن ناحیه پرینه قبل و بعد از سونداژ
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - پرونده بیمار را از نظر هرگونه محدودیت در فعالیت فیزیکی بررسی نمایید. دستورات پزشکی را جهت واردکردن بدون دردسر کاتتر، بررسی نمایید.	محدودیت‌های فیزیکی ممکن است به تطابق در انجام مهارت‌های بیمار نیاز داشته باشد. تأیید دستورات پزشکی به ما اطمینان می‌دهد که مداخلات صحیح برای بیمار مورد نظر انجام می‌گیرد.
۲ - وسایل را جمع‌آوری کنید. در صورت نیاز از فرد دیگر کمک بگیرید.	آماده کردن وسایل سبب سازمان‌دهی در انجام وظایف می‌شود. کمک گرفتن از فرد دیگر به ایمنی و انتقال راحت‌تر بیمار کمک می‌کند.
۳ - دست‌های خود را بشویید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت مورد نیاز است.
۴ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان می‌یابیم که بیمار مورد نظر، مداخلات پرستاری را دریافت می‌دارد و از بروز اشتباه جلوگیری می‌شود.

کار

۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار با بیمار صحبت کنید و توانایی بیمار را در همکاری با خود ارزیابی کنید. از بیمار بپرسید که آیا سابقه حساسیت، به خصوص حساسیت نسبت به لاتکس و یا ید دارد یا خیر.

۶ - به محل انجام کار نور کافی و مناسب بتابانید. نور مصنوعی توصیه می‌شود (برای استفاده از چراغ قوه، لازم است که یک نفر از آن را نگه داشته و نور آن را در موضع تنظیم کند.) یک کیسه برای وسایل دور ریختنی قرار دهید.

۷ - وسایل را طوری بر روی میز کنار تخت قرار دهید که در دسترس باشد.

۸ - تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم نمایید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است. اگر راست دست هستید در سمت راست بیمار و اگر چپ دست هستید در سمت چپ بیمار قرار بگیرید.

۹ - به بیمار کمک کنید تا به پشت خوابیده و زانوهای خمیده را حدود ۶۰ سانتی‌متر از یکدیگر دور کند. بیمار را بپوشانید (شکل ۱). اگر بیمار ترجیح می‌دهد در حالت نیمه نشسته یا به پهلو نیز می‌تواند قرار گیرد. باتکس بیمار را نزدیک لبه تخت قرار دهید به طوری که شانه‌ها در سمت مقابل قرار گیرد و زانوها به طرف قفسه سینه کشیده شود (شکل ۲). اجازه دهید بیمار به سمتی که راحتتر است و پرستار نیز راحت است قرار گیرد. پارچه ضد آب را به زیر بیمار بلغزانید.

۱۰ - دستکش تمیز بپوشید. ناحیه پرینه را با لیف حمام تمیز کنید، از پاک کننده پوست و آب گرم استفاده کنید. شستشو را از ناحیه جلو به عقب یعنی از ناحیه تناسلی به طرف مقعد بشویید. محل را آبکشی و خشک نمایید. دستکش‌ها را خارج کنید. دست‌ها را مجدداً بشویید.

۱۱ - اگر قرار است سوند دایمی گذاشته شود و از سیستم جمع‌آوری جداگانه ادرار استفاده شود، سیستم تخلیه ادرار را آماده کنید. براساس راهنمایی‌های کارخانهٔ سازنده کیسه ادراری، آن را به لبه تخت آویزان و محکم کنید.

دلیل

این عمل، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. صحبت با بیمار سبب اطمینان خاطر وی شده و اطلاعاتی را به بیمار انتقال می‌دهد. صحبت‌کردن با بیمار سبب تشویق وی به همکاری با پرستار می‌شود. برخی از کاتترها و دستکش‌های ست سونداژ از لاتکس ساخته شده‌اند. برخی از محلول‌های ضد عفونی‌کننده حاوی یُد می‌باشند.

برای واضح دیدن سوراخ مجرای ادرار، نیاز به نور کافی می‌باشد. وجود کیسه باعث می‌شود که وسایل یک بار مصرف دور ریخته شود و خطر آلودگی ناحیه استریل را کاهش می‌دهد.

چیدن وسایل نزدیک بیمار موجب صرفه‌جویی در وقت و پرهیز از کشیدگی و در پیچیدگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌گردد.

تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند. این وضعیت باعث می‌شود که برای سوندگذاری از دست غالب استفاده نمایید.

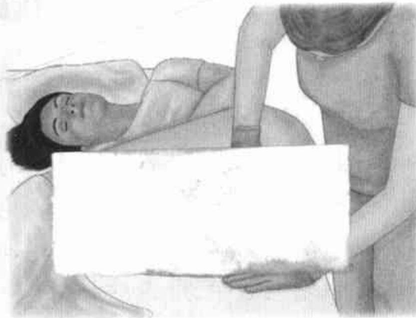
در وضعیت مناسب قرار دادن بیمار موجب خوب دیدن سوراخ مجرای ادرار می‌گردد. معذب‌بودن، لرزیدن و احساس سرما می‌تواند باعث اختلال در وارد کردن سوند شود. راحت‌بودن بیمار موجب شل‌شدن بدن او می‌شود. وضعیت نیمه نشسته دید بهتر و راحتی بیشتری را برای بیمار فراهم می‌کند خصوصاً اگر در حرکت دادن لگن و زانو بیمار مشکل داشته باشد. در معرض دید قرار گرفتن ناحیه کوچکی از بدن بیمار استرس وی را کم می‌کند. قرار دادن پارچه از خیس‌شدن ملحفه بیمار جلوگیری می‌کند.

دستکش محافظی در مقابل خون و مواد مترشحه بدن است. شستشو میکروارگانیزم‌های نزدیک مجرای ادراری را کاهش داده و دید مناسبی برای گذاشتن سوند ایجاد می‌کند. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیزم‌ها جلوگیری می‌کند.

این کار موجب تسهیل وصل‌کردن سوند به سیستم تخلیه می‌شود و دسترسی به آن آسان می‌گردد.



شکل ۱. وضعیت قرارگیری بیمار برای سنداژ



شکل ۲. ثابت کردن بیمار در حالت side-lying (وضعیت به پهلو خوابیده)

کار

۱۲ – با استفاده از روش استریل، سِت استریل سوندگذاری را روی میز جلوی تخت بیمار باز کنید.

دلیل: وقتی وسایل نزدیک محل کار باشد، کارآیی بیشتر می‌شود. روش استریل بیمار را محافظت می‌کند و مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

۱۳ – دستکش استریل به دست کنید. گوشه‌های بالایی پارچه استریل را گرفته و بدون تماس با نواحی غیراستریل، چین آن را صاف کنید. به اندازهٔ پشت دست‌ها پارچه را به عقب تا بزنید. از بیمار بخواهید باسن خود را بالا ببرد و در عین حال قسمت تاخوردهٔ پارچه به روی دست‌های شما، مانع از آلوده‌شدن می‌شود.

دلیل: پارچه‌ها محیط استریلی را در اطراف مجرا فراهم می‌آورند. پوشاندن دست‌های دستکش پوشیده به وسیله پارچه، به استریل ماندن دستکش در حین قراردادن پارچه در زیر بیمار، کمک می‌کنند.

۱۴ – یک شان پرفوره را به گونه‌ای در محل تناسلی قرار دهید که قسمت تناسلی در دسترس باشد (شکل ۳).
بر طبق مقررات مؤسسه، شان پرفوره را در محل قرار دهید (توجه کنید که شان پرفوره نشان داده نشده تا منظره واضحی از فرایند را نشان دهد).

دلیل: پارچه‌ها سطح استریل وسیع‌تری را به وجود آورده و مانع از آلوده‌شدن می‌شوند. استفاده از پارچهٔ استریل محل دید را محدودتر کرده و بعضی از پزشکان به دلخواه از آن استفاده می‌کنند.

۱۵ – سینی استریل را روی پارچه، در بین ران‌های بیمار قرار دهید.

دلیل: با این کار دسترسی به وسایل آسان می‌گردد.

۱۶ – تمام وسایل را باز کنید. یک بسته سوآپ ضد عفونی کننده باز کنید. محلول ضدعفونی را روی گلوله‌های پنبه‌ها یا گاز بریزید. اگر لازم است نمونه‌برداری شود، در ظرف نمونه‌برداری را باز کنید.

دلیل: در حالی که هر دو دست استریل هستند، لازم است که تمام وسایل برای انجام کار، باز و آماده شوند.

۱۷ – ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر (۱ تا ۲ اینچ) از نوک سوند را به وسیله ماده لوبریکنت، لغزنده نمایید.

دلیل: لغزنده‌سازی موجب تسهیل ورود سوند شده و از میزان ترومای وارده به بافت‌ها می‌کاهد.



شکل ۳. قراردادن شان سوراخ‌دار روی ناحیه پرینه.



شکل ۴. بازکردن لوب‌های فرج از یکدیگر و باز نگه داشتن آنها توسط دست غالب.

کار

۱۸ – با انگشت شست و یکی دیگر از انگشتان دست غیرغالب خود، لب‌های فرج را از هم باز کرده و سوراخ مجرای ادرار را مشاهده کنید. تا وقتی که ادرار به خوبی و به طور مداوم جریان یابد، لب‌های فرج را با دست خود باز نگهدارید (شکل ۴). اگر بیمار به پهلو قرار گرفته برای دیدن مجرای ادرار باتکس بیمار را بالا نگه دارید.

۱۹ – از دست غالب خود برای برداشتن گلوله پنبه‌ای و یا سوآپ ضد عفونی کننده استفاده کنید. یکی از چین‌های فرج را از بالا به پایین تمیز کنید (از بالای مئاتوس به سمت رکتوم در پایین) و سپس گلوله پنبه‌ای را دور بیاندازید. برای هر بار تمیزکردن از یک گلوله پنبه‌ای یا سوآپ جدید استفاده کنید. به کار خود ادامه دهید چین دیگر فرج را نیز تمیز کرده و سپس مستقیماً مئاتوس (مجرا) را تمیز کنید (شکل ۵).

۲۰ – با دستی که دستکش آن آلوده نشده است، انتهای تخلیه کننده سوند را در رسیور قرار دهید. برای واردکردن سوند دایمی که از قبل به لولهٔ استریل و کیسه تخلیه وصل شده است (سیستم تخلیه بسته) وضعیت مناسب را به نوک سوند داده و به گونه‌ای وسایل را بچینید که به محیط استریل دسترسی آسان داشته باشید. مطمئن شوید که کلامپ کیسه تخلیه مسدود شده است.

دلیل

بازکردن لب‌های فرج باعث می‌شود که مجرای ادرار بهتر قابل رویت گردد. اگر بگذاریم لب‌ها به حالت اولیه خود باز گردند، ممکن است نواحی اطراف سوراخ مجرای ادرار و نیز سوند را آلوده کنند. اکنون دست غیرغالب شما در این مرحله آلوده است.

حرکت از ناحیه‌ای که آلودگی کمتری دارد به سمت ناحیه‌ای که آلودگی بیشتری دارد به جلوگیری از انتشار مکرر میکروارگانیسم‌ها کمک می‌کند. پاک‌کردن مجرا در پایان کار، احتمال ورود میکروارگانیسم‌ها به داخل مثانه را کاهش می‌دهد.

این روش موجب تخلیهٔ راحت ادرار شده و خطر آلوده‌شدن وسایل استریل را به حداقل می‌رساند.



شکل ۵. پرینه را با گلوله پنبه‌ای متصل به نوک فورسپس تمیز کنید. در یک جهت از بالا به پایین عمل تمیزکردن را انجام دهید.



شکل ۶. در حالی که با استفاده از دست غیرغالب، دو لوب فرج را از یکدیگر جدا نموده‌اید، کاتتر را با دست غالب خود وارد نمایید.

کار

۲۱ – با استفاده از دست غالب خود نوک سوند را وارد مجرای ادرار کنید (شکل ۶). سوند را تا حدی وارد کنید تا ادرار جریان یابد. تقریباً ۲ تا ۳ اینچ (۴/۸ تا ۷/۲ سانتی‌متر) برای واردکردن سوند از مجرای ادرار به داخل مثانه، فشار وارد نکنید. از بیمار بخواهید نفس عمیقی بکشد و اگر موقع رسیدن سوند به اسفنکتر خارجی، با مقاومت اندکی روبرو شدید، به آرامی آن را بچرخانید.

۲۲ – سوند را در محل مجرای ادرار با دست غیر غالب محکم نگه دارید. از دست غالبتان برای پرکردن بالن استفاده کنید (شکل ۷). سرنگ از قبل پرشده را در قسمت بالن سوند تزریق کنید.

۲۳ – بعد از اینکه احساس کردید متسع‌کردن بالن با مقاومت روبرو شده، به آرامی سوند را بکشید.

۲۴ – در صورت نیاز سوند را به سیستم تخلیه وصل کنید. اگر از قبل وصل نکرده‌اید (شکل ۸).

۲۵ – وسایل را جمع‌آوری کنید و طبق روش کار مرکز درمانی خود، وسایل را جهت استریل نمودن مجدد آماده کنید. در صورت نیاز ناحیه پرینه را شسته و خشک نمایید.

۲۶ – دستکش‌ها را خارج کنید. با نوارچسب پارچه‌ای یا کاغذی سوند را به قسمت داخل ران چسبانده و محکم کنید (شکل ۹). سوند کمی شل باشد تا پای بیمار بتواند حرکت کند.

دلیل

طول مجرای ادرار در خانم‌ها حدود ۳/۶ تا ۶ سانتی‌متر (۱/۵ تا ۲/۵ اینچ) می‌باشد. اگر سوند را با فشار وارد کنیم، احتمال آسیب دیدن غشاهای مخاطی وجود دارد وقتی بیمار شل و آرام باشد، اسفنکتر شل شده و می‌توان سوند را به آسانی وارد مثانه نمود. وقتی سوند را ۴/۸ تا ۷/۲ سانتی‌متر اضافه‌تر وارد کنیم، مطمئن می‌شویم که در داخل مثانه است و با این کار بالن آن راحت متسع می‌شود بدون اینکه مجرای ادرار آسیب ببیند.

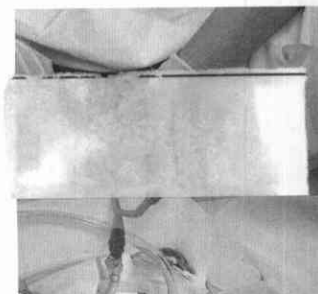
انقباض اسفنکتر یا مثانه سوند را به عقب هل می‌دهد. بالن سوند را در محل مثانه نگه می‌دارد. میزان آب استریل متناسبی برای سایز کاتترکیت ساخته شده است؛ در نتیجه، ازتمام سرنگ فراهم شده در کیت استفاده کنید.

اگر عمل اتساع بالن به غلط انجام شود، ممکن است موجب ناراحتی بیمار شده و سوند در وضعیت غلطی قرار گیرد.

سیستم تخلیه بسته، خطر واردشدن ارگانیسم به داخل مثانه را به حداقل می‌رساند.

جمع‌آوری مناسب از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. شستشو موجب افزایش راحتی و بهداشت فردی می‌گردد.

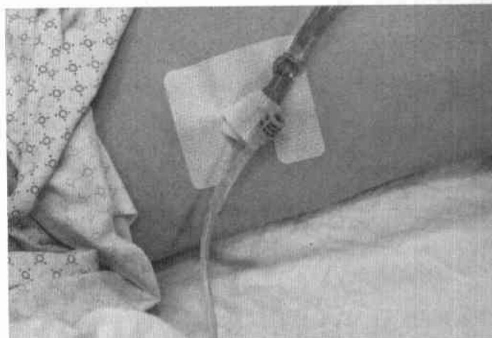
اگر سوند خوب در محل مربوطه چسبانده شود، از ایجاد تروما به مجرای ادرار و سوراخ آن (به هنگام کشیده شدن سوند) جلوگیری می‌کند. لوله‌ی درناژ را برحسب جاذبه‌ی جریان، تحرک بیمار و راحتی آن بررو یا زیر پا چسب بزنید.



شکل ۷. بادکردن بالن کاتتر (سوند).



شکل ۸. وصل‌کردن سوند به کیسه ادرار.



شکل ۹. سوند به ران متصل شده است.

کار	دلیل
۲۷ – به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد. بیمار را با ملحفه بپوشانید. تخت را در وضعیت پایین قرار دهید.	وضعیت دادن و پوشاندن بیمار موجب احساس گرما و راحتی بیمار می‌گردد.
۲۸ – دقت کنید کیسه ادرار پایین‌تر از مثانه بیمار قرار گیرد. لوله تخلیه را از نظر پیچ‌خوردگی کنترل کنید. مطمئن شوید جابه‌جا نمودن لبه‌های تخت اشکالی برای سوند یا کیسه تخلیه ادرار به وجود نمی‌آورد.	این کار موجب تسهیل تخلیه ادرار و جلوگیری از برگشت ادرار می‌شود.
۲۹ – دستکش تمیز بپوشید. در صورت نیاز فوری از کیسه ادرار نمونه بگیرید. نمونه را برچسب بزنید. سریعاً نمونه را به آزمایشگاه بفرستید در غیر این صورت آن را در یخچال نگهداری کنید.	سیستم سوند استریل است. نمونه‌برداری فوری دسترسی به سیستم استریل را فراهم می‌کند. اگر ادرار در دمای اتاق نگهداری شود، ممکن است باعث رشد میکروارگانیسم‌ها شده و یافته‌های آزمایشگاهی را مغشوش کند.
۳۰ – دستکش‌ها و PPEهای اضافی را در صورت استفاده درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی ها

نوع و سایز کاتتر و بالون وارد شده، همچنین میزان مایع مورد استفاده برای پر کردن بالون را ثبت کنید. سطح تحمل فعالیت بیمار را یادداشت کنید. میزان ادرار موجود در کاتتر و هرگونه نمونه‌ی انجام شده را ثبت کنید. هرگونه ارزیابی دیگر، همچون مشخصات ادرار یا تغییرات در پوست بیمار را یادداشت کنید. میزان ادرار را در صفحه ثبت خروجی و ورودی را در صورت نیاز، ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- زمانی که ادرار خارج نشود و پرستار متوجه شود که سوند در واژن قرار دارد. سوند را در همان محل به عنوان نشانه باقی بگذارید. دستکش استریل جدید بپوشید و از ست استریل جدید استفاده کنید. عمل گذاشتن سوند را انجام دهید و سوند را در بالای سوندی که به اشتباه گذاشته شده قرار دهید. زمانی که سوند در محل صحیح قرار گرفت سوند قبلی را خارج کنید. هرگز سوندی را که در واژن قرار گرفته برای پیشگیری از عفونت در داخل مجرای ادرار وارد نکنید (رابینسون، ۲۰۰۴).
- اگر بیمار در حین انجام کار پاهایش را حرکت داد: اگر هیچ چیزی آلوده نشده به بیمار توضیح دهید که پاهایش را حرکت ندهد و کار را ادامه دهید. اگر وسایل آلوده شده کار را متوقف کرده از وسایل استریل استفاده کنید. در صورت نیاز از کمک استفاده کنید تا بیمار را بی‌حرکت نگاه دارد.
- اگر جریان ادرار به خوبی برقرار شده، رنگ ادرار شفاف است ولی پس از چند ساعت جریان ادرار متوقف می‌شود: لوله را از نظر پیچ خوردن کنترل کنید. اگر وضعیت قرارگیری بیمار تغییر کرده ممکن است لازم باشد محل لوله و کیسه ادرار در سمت دیگر قرار داده شود.
- زمانی که پرستار بالن را پر می‌کند بیمار از درد شکایت می‌کند: پرکردن بالن را متوقف کنید. ممکن است بالن هنوز در مجرا باشد. محلولی را که در بالن وارد کرده‌اید خارج کنید. سوند را خارج کنید و یک سوند جدید وارد کنید. محلول را از بالن برگردانید. سوند را ۱/۲–۱ اینچ (۱/۲–۲/۴cm) دیگر وارد کنید و به آرامی بالن را مجدداً پر کنید.
- زمانی که از اطراف سوند ادرار نشت می‌کند: نباید اندازه سوند جاگذاری شده را افزایش دهید. مطمئن شوید که بالن سوندهایی با اندازه کوچک باید با ۱۰ سی‌سی پر شود. سوندهای با اندازه بزرگ موجب تحریک مجرا و مثانه شده و باعث ضربه به ناحیه می‌شود. پر کردن بالن با حجم بزرگ موجب فشار به مثانه و گرفتن حجمی از مثانه می‌شود. تحریک دیواره مثانه و تخریب عضلات دترسور می‌تواند موجب نشت گردد. اگر نشت ادامه داشت عفونت دستگاه ادراری را بررسی کنید. مطمئن شوید که مقدار محلول وارد شده برای پرکردن بالن مناسب بوده است. کامل پرنکردن بالن موجب می‌شود که سوند به داخل مجرا کشیده شود، موجب اسپاسم، درد و ناراحتی در مجرا می‌گردد. اگر احتمال دادید که بالن به اندازه کافی پر نشده تلاش نکنید که سوند را به داخل مثانه هدایت کنید. سوند را خارج کنید و مجدداً سوندگذاری را انجام دهید. بیمار را از نظر یبوست بررسی کنید. پربودن روده از مدفوع می‌تواند منجر به ایجاد فشار در لوله سوند شده و از تخلیه ادرار جلوگیری کند. مداخلات مربوط به پیشگیری/ درمان یبوست را انجام دهید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- از دستورالعمل‌های مراقبتی و سیاست‌های مؤسسه آگاه باشید که حداکثر ادراری که به هنگام جاگذاری سوند باید از مثانه خارج گردد چه میزان است.
- اگر بیمار قادر نیست باسن خود را بالا بیاورید یا در وضعیت قرار داده شده باقی بماند ممکن است نیاز به کمک فرد دیگری

باشد تا بیمار را در آن وضعیت نگاه دارد.

- وسایل را درست قبل از تمیزکردن بیمار می‌توانید روی میز جلوی تخت بیمار باز و آماده کنید.
- اگر بعد از ورود سوند، بلافاصله جریان ادرار برقرار نشد، توجه به چندین نکته ارزشمند است:
- اگر بیمار یک نفس عمیق بکشد، ممکن است به شل‌شدن عضلات ناحیهٔ تناسلی و شکم کمک شود.
- اندکی سوند را بچرخانید، چون ممکن است سوراخ تخلیه در مجاورت (تماس) با دیوارهٔ مثانه باشد.
- سر تخت بیمار را بالا ببرید تا فشار در ناحیه مثانه افزایش یابد.
- کافی‌بودن میزان مصرف مایعات بیمار را برای تولید ادرار بررسی کنید.
- سوند و لوله تخلیه را از نظر پیچ‌خوردگی بررسی کنید.
- اگر سوند به جلو نمی‌رود به بیمار بگویید چند بار نفس عمیق بکشد. سوند را بچرخانید و به جلو هل دهید. در صورتی که سوند به جلو نرفت سوند را خارج کنید و به پزشک اطلاع دهید.
- تعدادی از ست‌ها ممکن است حاوی سوند نباشند این مسئله به شما اجازه می‌دهد تا اندازه سوند و بالن را متناسب با بیمار انتخاب کنید.

ملاحظات مربوط به نوزادان و کودکان

- سوند شماره 5F تا 8F برای نوزادان و کودکان استفاده می‌شود. سوند 8F تا 12F برای کودکان بزرگتر استفاده می‌شود.
- اقداماتی چون سوت زدن، تنفس عمیق یا خواندن یک شعر به ریلکس‌شدن بچه‌ها کمک می‌کند.
- معمولاً قبل از واردکردن سوند برای بیحسی از ژل لیدوکائین استفاده می‌شود، این کار اضطراب و ناراحتی کودکان را کاهش می‌دهد.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- سوندگذاری می‌تواند توسط بیمار یا یک مراقبت کننده در منزل اجرا شود. سوندگذاری مکرر در منزل برای بیماران ضایعه نخاعی یا سایر حالات نورولوژیک توسط خود بیمار یا مراقبت بیمار ممکن است نیاز باشد. هر چند ریسک UTI همیشه وجود دارد. بیشتر تحقیقات نشان داده که روش تمیز از روش استریل در این شرایط بهتر است. مراحل خود سوندگذاری اساساً همان روشی است که توسط پرستار اجرا می‌شود. توصیه می‌شود در حالت‌های معمولی از اتساع بیش از حد مثانه و کاهش جریان خون در دیواره مثانه جلوگیری شود.

روش کار ۶-۱۱ سوندگذاری در مجرای ادرار مردان (موقت و دایمی)

نکات قابل توجه

سوندگذاری در مجرای ادرار بیماران مذکر فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

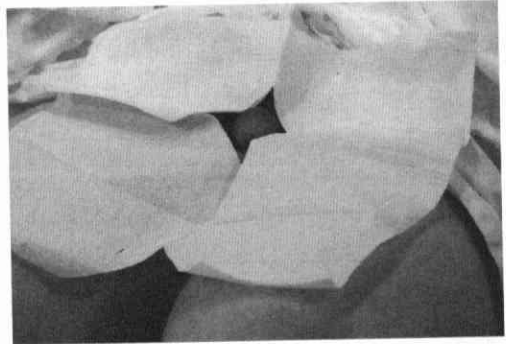
وسایل

- ست استریل سونداژ که شامل وسایل زیر می‌باشد:
- دستکش استریل
- پارچه‌های استریل (یکی از آنها به شکل‌شان سوراخ‌دار باشد)
- محلول ضدعفونی، گلوله پنبه یا گاز چهارگوش
- ژل نرم کننده
- سوند استریل (شماره ۱۴F یا ۱۶F یا یک بالن ۱۰-۵ میلی‌لیتر)
- سرنگ از قبل پُر شده با محلول نرمال سالین یا آب مقطر استریل
- ظرف نمونه‌برداری، اگر نمونه‌برداری لازم باشد
- پنس (forseps)
- کیسهٔ جمع‌آوری ادرار و لولهٔ تخلیه (اگر از سیستم تخلیهٔ بسته استفاده شود، ممکن است به سوند استریل دایمی وصل شود)
- نوار چسب پارچه‌ای یا کاغذی (ولکرو)
- چراغ قوه یا لامپ
- پد ضد آب یک بار مصرف
- دستکش یک بار مصرف
- لیف حمام و آب گرم برای شستن پرینه قبل و بعد از سوندگذاری
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- لگن استریل (معمولاً داخل ست وجود دارد)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - پرونده بیمار را از نظر هرگونه محدودیت در فعالیت فیزیکی بررسی نمایید. دستورات پزشکی را جهت واردکردن بدون دردسر کاتتر، بررسی کنید.	محدودیت‌های فیزیکی ممکن است به تطابق بیمار در اجرای مهارت‌های وی (محدودکردن فعالیت‌های وی) نیاز داشته باشد. تأیید دستورات پزشکی به ما اطمینان می‌دهد که مداخلات صحیح برای بیمار مورد نظر انجام می‌گیرد.
۲ - وسایل را جمع‌آوری کنید در صورت نیاز از فرد دیگر کمک بگیرید.	در دسترس بودن وسایل موجب تسهیل در انجام کار می‌شود. کمک گرفتن از فرد دیگر به ایمنی و انتقال راحت‌تر بیمار کمک می‌کند.
۳ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری به عمل می‌آورد. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت مورد نیاز می‌باشد.

کار	دلیل
۴ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، مداخلات را دریافت می‌دارد و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار با بیمار صحبت کنید و توانایی بیمار را در همکاری با خود ارزیابی نمایید. درباره سابقه هرگونه حساسیت، به خصوص حساسیت به لاتکس و یا یُد از بیمار سؤال کنید.	این امر خلوت بیمار را تضمین می‌کند. صحبت با بیمار درباره روش انجام کار باعث اطمینان خاطر وی شده و بیمار اطلاعاتی را در این باره کسب می‌کند. همچنین صحبت با بیمار وی را تشویق به همکاری با پرستار می‌نماید. برخی از کاتترها و دستکش‌های ست سونداژ از لاتکس ساخته شده‌اند. برخی از محلول‌های ضد عفونی‌کننده حاوی یُد می‌باشند.
۶ - به محل انجام کار نور کافی و مناسب بتابانید. نور مصنوعی توصیه می‌شود (برای استفاده از چراغ قوه، لازم است که یک نفر از آن را نگه داشته و نور آن را در موضع تنظیم کند.) یک کیسه برای وسایل دور ریختنی قرار دهید.	برای واضح دیدن سوراخ مجرای ادرار، نیاز به نور کافی می‌باشد. وجود کیسه باعث می‌شود که وسایل یک بار مصرف دور ریخته شود و خطر آلودگی ناحیه استریل را کاهش می‌دهد.
۷ - وسایل را کنار تخت بیمار بگذارید به نحوی که در دسترس باشد.	قرار دادن وسایل، در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.
۸ - تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم نمایید. ارتفاع مطلوب تخت برای کارکردن، در سطح آرنج پرستار می‌باشد. اگر راست دست هستید در سمت راست بیمار و اگر چپ دست هستید در سمت چپ بیمار قرار بگیرید.	تنظیم تخت در ارتفاع مناسب موجب می‌شود که هنگام سوندگذاری به کمر پرستار فشار وارد نشود. این وضعیت باعث می‌شود که برای سوندگذاری از دست غالب استفاده نمایید.
۹ - بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت قرار دهید. ران‌ها را کمی از هم جدا کنید. طوری بیمار را بپوشانید که فقط ناحیهٔ آلت تناسلی در معرض دید باشد. پارچه ضد آب را زیر بیمار قرار دهید.	این روش از دیده‌شدن غیرضروری نواحی دیگر جلوگیری می‌کند. پارچه ضد آب از مرطوب شدن سایر ملحفه‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۰ - دستکش تمیز بپوشید. ناحیه پرینه را با لیف حمام تمیز کنید، از پاک کننده پوست و آب گرم استفاده کنید. شستشو را از ناحیه جلو به عقب یعنی از ناحیه تناسلی به طرف مقعد بشویید. تنه‌ی پنیس را با حرکت به سمت ناحیه‌ی پوبیس بشوئید. محل را آبکشی و خشک نمایید. دستکش‌ها را خارج کنید. دست‌ها را مجدداً بشویید.	دستکش محافظی در مقابل خون و مواد مترشحه بدن است. شستشو میکروارگانیزم‌های نزدیک مجرای ادراری را کاهش داده و دید مناسبی برای گذاشتن سوند ایجاد می‌کند. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیزم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۱ - اگر قرار است سوند دایمی گذاشته شود و از سیستم جمع‌آوری جداگانه ادرار استفاده شود، سیستم تخلیه ادرار را آماده کنید. براساس راهنمایی‌های کارخانهٔ سازنده کیسه ادراری، آن را به لبه تخت آویزان و محکم کنید.	این کار موجب تسهیل وصل‌کردن سوند به سیستم تخلیه می‌شود و دسترسی به آن آسان می‌گردد.



شکل ۱. خواباندن بیمار به پشت و قرار دادن یک شان سوراخدار روی آلت تناسلی.



شکل ۲. بالاآوردن آلت تناسلی با دست غیرغالب و تمیز کردن مجرا با دست غالب توسط فورسپس که در سر آن پنبه قرار دارد.

کار	دلیل
۱۲ – با استفاده از روش استریل، سِت استریل سوندگذاری را روی میز جلوی تخت بیمار باز کنید.	وقتی وسایل نزدیک محل کار باشد، کارآیی بیشتر می‌شود. روش استریل بیمار را محافظت می‌کند و مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۱۳ – دستکش‌های استریل بپوشید. بسته‌بندی استریل را باز کرده و در بین ران‌های بیمار قرار دهید. شان پرفوره را طوری پهن کنید که آلت در ناحیهٔ سوراخ آن قرار گیرد (شکل ۱).	این امر موجب استریل نگهداشتن ناحیهٔ کار می‌شود.
۱۴ – ست سوندگذاری را روی پاها یا کنار پاهای بیمار، روی پارچه استریل قرار دهید.	وسایل استریل باید به گونه‌ای چیده شوند که در دسترس و در معرض دید پرستار قرار داشته باشند به طوری که پرستار جهت استفاده از آنها نیازی به چرخیدن نداشته باشد.
۱۵ – تمام بسته‌بندی را باز کنید. محلول ضدعفونی را روی گلوله‌های پنبه‌ها یا گاز بریزید. اگر لازم است از ادرار نمونه گرفته شود، در ظرف نمونه‌برداری را باز کنید. درپوش را از روی سرنگ حاوی مادهٔ لغزاننده بردارید.	در حالی که هر دو دست استریل هستند، لازم است تمام وسایل برای کار، باز و آماده شوند.
۱۶ – قسمت انتهایی تخلیه کنندهٔ سوند را داخل رسیور بگذارید. در مورد واردکردن یک سوند دایمی که از قبل به لولهٔ استریل و کیسهٔ تخلیه ادرار وصل شده است (سیستم تخلیه‌ای بسته)، به سوند وضعیت مناسب بدهید به طوری که در محیط کار استریل، دسترسی آسان به آن داشته باشید. مطمئن باشید که کلمپ کیسه تخلیه بسته باشد.	این روش تخلیه ادرار خطر آلوده شدن وسایل استریل را به حداقل می‌رساند.



شکل ۳. واردکردن ماده لغزاننده توسط سرنگ در داخل مجرا.



شکل ۴. جاگذاری سوند با دست غالب.

کار

۱۷ – با دست غیرغالب خود، آلت تناسلی را بلند کنید، آماده شوید که این دست را در این حالت نگه دارید تا سوند وارد شود و جریان ادرار بطور مداوم جاری شود. در آلتی که ختنه نشده است، پوست ختنه‌گاه را برگردانید. با دست غالب، با پنسی که گلولهٔ پنبه‌ای را گرفته است، ناحیهٔ سوراخ مجرای ادرار را تمیز کنید. از حرکت چرخشی استفاده کنید، از سوراخ به سمت قاعدهٔ آلت حرکت دهید (شکل ۲). دو یا چند بار این کار را تکرار کنید. هر بار از یک پنبه استفاده کنید و پس از یک بار استفاده آن پنبه را دور بیاندازید.

دلیل

دستی که با آلت تماس داشته، آلوده است. تمیزکردن ناحیهٔ اطراف سوراخ و زیر ختنه‌گاه مردان ختنه نشده به جلوگیری از عفونت کمک می‌کند. حرکت از سوراخ به سمت قاعدهٔ آلت از رسیدن میکروارگانیسم‌ها به سوراخ مجرای ادرار جلوگیری می‌کند.

کار

۱۸ – با اندکی فشار، آلت را به بالا بکشید، عمود بر بدن بیمار. به آرامی نوک سرنگ حاوی لوبریکنت را داخل مجرای ادرار کنید و ۱۰ میلی‌لیتر مادهٔ لوبریکنت را به آرامی تزریق کنید (شکل ۳).

دلیل

مادهٔ لوبریکنت باعث متسع‌شدن مجرای ادرار و تسهیل عبور سوند می‌شود، بدون اینکه ترومایی به پوشش داخلی مجرای ادرار وارد آید. در صورتی که سرنگ حاوی ژل در بسته‌بندی ست وجود نداشته باشد ممکن است پرستار برای پرکردن سرنگ به کمک نیاز داشته باشد. تعدادی از مؤسسات قبل از گذاشتن سوند از ژل بی‌حس کننده استفاده می‌کنند. ژل باعث بیحسی مجرا می‌شود. برای استفاده از ژل بیحس کننده، دستور پزشک لازم است.

کار

۱۹ – با دست غالبتان سوند را باز کنید و دستتان را در فاصله ۵–۲/۵ سانتی‌متری نوک سوند نگاه دارید. از بیمار بخواهید مانند حالت ادرارکردن زور بزند. نوک سوند را وارد مجرا کنید (شکل ۴). از بیمار بخواهید نفس عمیق بکشد تا شما سوند را تا قسمت دو شاخه شدن آن به جلو ببرید. با فشار این کار را انجام ندهید. اگر با مقاومت روبرو شدید از بیمار بخواهید نفس عمیق بکشد و مختصری سوند را بچرخانید.

دلیل

زور زدن عبور سوند به داخل مجرا را تسهیل می‌کند. طول مجرا در مردان حدود ۲۰ سانتی‌متر است. در صورت مقاومت اسفنکتر تنفس عمیق و چرخاندن سوند به عبور آن از اسفنکتر کمک می‌کند. واردکردن سوند تا قسمت دو شاخه‌شدن موجب اطمینان از ورود سوند در مثانه می‌شوند و باعث می‌شود بدون آسیب بالن سوند را پر نمایید.

کار | **دلیل**

۲۰ - سوند وارد شده در مجرا را با دست غیرغالبتان نگاه دارید. از دست غالبتان برای پرکردن بالن سوند استفاده کنید. سرنگ از قبل پر شده را در محل بالن تزریق کنید. پس از پرکردن بالن سوند را کمی عقب بکشید. آلت را پایین بیاورید.

انقباض اسفنکتر موجب می‌شود که سوند به بیرون پس زده شود. پرکردن بالن باعث قرارگرفتن آن در مثانه می‌شود. آب استریل به این دلیل استفاده می‌شود که اگر احتمالاً بالن پاره شود عفونتی ایجاد نشود.

۲۱ - بعد از اینکه احساس کردید متسع کردن بالن با مقاومت روبرو شده، به آرامی سوند را بکشید.

اگر عمل اتساع بالن به غلط انجام شود، ممکن است موجب ناراحتی بیمار شده و سوند در وضعیت غلطی قرار گیرد.

۲۲ - در صورت نیاز سوند را به سیستم تخلیه وصل کنید.

سیستم تخلیه بسته، خطر واردشدن میکروارگانیسم به داخل مثانه را به حداقل می‌رساند.

۲۳ - وسایل را جمع‌آوری و طبق روش کار مرکز درمانی خود، وسایل را جهت استریل نمودن مجدد آماده کنید. در صورت نیاز ناحیه پرینه را شسته و خشک نمایید.

جمع‌آوری مناسب از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. شستشو موجب افزایش راحتی و بهداشت فردی می‌گردد. قرار دادن سرنگ در سطل از استفاده‌ی مجدد آن جلوگیری می‌کند.

۲۴ - دستکش‌ها را خارج کنید. با نوار چسب پارچه‌ای یا کاغذی سوند را در قسمت داخلی ران یا پایین شکم (به طوری که آلت به طرف قفسه سینه بیمار باشد) ثابت کنید. سوند کمی شل باشد تا پای بیمار بتواند حرکت کند.

اگر سوند خوب در محل مربوطه چسبانده شود، از ایجاد تروما به مجرای ادرار و سوراخ آن جلوگیری می‌کند. قراردادن لوله لخته در قسمت بالا یا زیر پا بستگی به جریان جاذبه زمین، حرکت و راحتی بیمار دارد.

۲۵ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد. بیمار را با ملحفه بپوشانید. تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار دهید.

وضعیت دادن و پوشاندن بیمار موجب احساس گرما و راحتی بیمار می‌گردد.

۲۶ - دقت کنید کیسه ادرار پایین‌تر از مثانه بیمار قرار گیرد. لوله تخلیه را از نظر پیچ‌خوردگی کنترل کنید. مطمئن شوید جابه‌جا نمودن لبه‌های تخت اشکالی برای سوند یا کیسه تخلیه ادرار به وجود نمی‌آورد.

این کار موجب تسهیل تخلیه ادرار و جلوگیری از برگشت ادرار می‌شود.

۲۷ - دستکش تمیز بپوشید. در صورت نیاز فوری از کیسه ادرار نمونه بگیرید. نمونه را برچسب بزنید. سریعاً نمونه را به آزمایشگاه بفرستید در غیر این صورت آن را در یخچال نگهداری کنید.

سیستم سوند استریل است. نمونه‌برداری فوری دسترسی به سیستم استریل را فراهم می‌کند. اگر ادرار در دمای اتاق نگهداری شود، ممکن است باعث رشد میکروارگانیسم‌ها شده و یافته‌های آزمایشگاهی را مغشوش کند.

۲۸ - در صورت استفاده از دستکش یا PPE اضافی، آنها را درآورید. دست‌های خود را بشویید.

درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

نوع و سایز کاتتر و بالون وارد شده، همچنین میزان مایع مورد استفاده برای پر کردن بالون را ثبت کنید. سطح تحمل فعالیت

بیمار را یادداشت کنید. میزان ادرار موجود در کاتتر و هرگونه نمونه‌ی انجام شده را ثبت کنید. هرگونه ارزیابی دیگر، همچون مشخصات ادرار یا تغییرات در پوست بیمار را یادداشت کنید. میزان ادرار در صفحه‌ی ثبت خروجی و ورودی را در صورت نیاز ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- زمانی که پرستار بالن را پر می‌کند بیمار احساس درد می‌کند: در این حالت پرکردن بالن را متوقف کنید. ممکن است بالن هنوز در مجرا باشد. پرکردن بالن در مجرا ممکن است موجب آسیب مجرا گردد. مطمئن شوید که تا محل دو شاخه‌شدن سوند را وارد کرده‌اید.
- زمانی که پرستار قادر نیست سوند را تا ۱۰–۷/۵ سانتی‌متر وارد کند؛ سوند را بچرخانید و از بیمار بخواهید نفس عمیق بکشد: اگر با این روش نیز قادر نیستند سوند را جلو ببرید به پزشک اطلاع دهید. ممکن است پزشک دستور جایگزین کردن یک سوند (coude) را بدهد.
- زمانی که بیمار چاق است یا آلت او به داخل کشیده شده باشد: لازم است که با انگشت به ناحیه پوبیس به طرف داخل فشار وارد کنید تا آلت از فضای پوبیس بیرون بیاید. آلت بیمار را به طرف بالا نگاه دارید. لازم است که سوند تا ناحیه دو شاخه‌شدن وارد مجرا شود. طول مجرا در این افراد با بقیه تفاوتی ندارد.
- جریان ادرار در ابتدا حاوی مقدار زیادی رسوب می‌باشد و سپس ناگهان متوقف می‌شود، مثانه همچنان پر است: ممکن است کاتتر توسط ذرات رسوب بسته شده باشد. پس از کسب اجازه از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه، به آرامی سوند را شستشو دهید تا جریان دوباره برقرار شود.
- زمانی که از اطراف سوند ادرار نشت می‌کند: نباید اندازه سوند جاگذاری شده را افزایش دهید. مطمئن شوید که بالن سوندهایی با اندازه کوچک باید با ۱۰ سی‌سی پر شود. سوندهای با اندازه بزرگ موجب تحریک مجرا و مثانه شده و باعث ضربه ناحیه می‌شود. پرکردن بالن با حجم بزرگ موجب فشار به مثانه و گرفتن حجمی از مثانه می‌گردد. تحریک دیواره مثانه و تخریب عضلات دترسور می‌تواند موجب نشت گردد. اگر نشت ادامه داشت عفونت دستگاه ادراری را بررسی کنید. مطمئن شوید که مقدار محلول وارد شده برای پرکردن بالن مناسب بوده است. کامل پرنکردن بالن موجب می‌شود که سوند به داخل مجرا کشیده شود، موجب اسپاسم، درد و ناراحتی در مجرا می‌گردد. اگر احتمال دادید که بالن به اندازه کافی پر نشده تلاش نکنید سوند را به داخل مثانه هدایت کنید. سوند را خارج کنید و مجدداً سوندگذاری را انجام دهید. بیمار را از نظر یبوست بررسی کنید. پر بودن روده از مدفوع می‌تواند منجر به ایجاد فشار در لوله سوند شده و از تخلیه ادرار جلوگیری کند. مداخلات مربوط به پیشگیری/ درمان یبوست را انجام دهید.
- اگر جریان ادرار به خوبی برقرار شده، رنگ ادرار شفاف است ولی پس از چند ساعت جریان ادرار متوقف می‌شود: لوله را از نظر پیچ‌خوردن کنترل کنید. اگر وضعیت قرارگیری بیمار تغییر کرده ممکن است لازم باشد محل لوله و کیسه ادرار را در سمت دیگر قرار دهید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- از دستورالعمل مراقبتی و سیاست‌های مؤسسه آگاه باشید که حداکثر ادراری که به هنگام جاگذاری سوند در زمان درج شده باید از مثانه خارج گردد چه میزان است.
- وسایل را درست قبل از تمیزکردن بیمار می‌توانید روی میز جلوی تخت بیمار باز و آماده کنید.
- اگر بعد از ورود سوند، بلافاصله جریان ادرار برقرار نشد، توجه به چندین نکته ارزشمند است:

- اگر بیمار یک نفس عمیق بکشد، ممکن است به شل‌شدن عضلات ناحیهٔ تناسلی و شکم کمک شود.
- اندکی سوند را بچرخانید، چون ممکن است سوراخ تخلیه در مجاورت (تماس) با دیوارهٔ مثانه باشد.
- سر تخت بیمار را بالا ببرید تا فشار در ناحیه مثانه افزایش یابد.
- کافی‌بودن میزان مصرف مایعات بیمار را برای تولید ادرار بررسی کنید.
- سوند و لوله تخلیه را از نظر پیچ‌خوردگی بررسی کنید.

- تنگی مجرا، بزرگی پروستات، تنگی گردن مثانه به علت جراحی ممکن است برای عبور سوند مشکل ایجاد کنند که در این صورت نیاز به کمک ارولوژیست می‌باشد. در صورتی که پس از جاگذاری سوند هیچ ادراری خارج نشود بالن را پر نکنید. سوند را خارج کنید و به پزشک اطلاع دهید.
- اگر سوند به جلو نمی‌رود به بیمار بگویید چند بار نفس عمیق بکشد. سوند را بچرخانید و به جلو هل دهید. در صورتی که سوند به جلو نرفت سوند را خارج کنید و به پزشک اطلاع دهید.
- تعدادی از ست‌ها ممکن است حاوی سوند نباشند. این مسئله به شما اجازه می‌دهد تا اندازه سوند و بالن را متناسب با بیمار انتخاب کنید.

ملاحظات مربوط به نوزادان و کودکان

- سوند شماره 5F تا 8F برای نوزادان و کودکان استفاده می‌شود. سوند 8F تا 12F برای کودکان بزرگتر استفاده می‌شود.
- اقداماتی چون سوت‌زدن، تنفس عمیق یا خواندن یک شعر به شل‌شدن بچه‌ها کمک می‌کند.
- معمولاً قبل از واردکردن سوند برای بیحسی از ژل لیدوکائین استفاده می‌شود، این کار اضطراب و ناراحتی کودکان را کاهش می‌دهد.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- اگر در حین ورود سوند با مقاومت روبرو شدید و چرخاندن سوند نیز چاره‌ساز نبود، بیش از این به سوند فشار وارد نکنید. بزرگی غده پروستات در مردان بالای ۵۰ سال امری شایع است. در این شرایط، یک سوند خاص با انتهای کج و معوج که کاتتر Coude نامیده می‌شود توسط پزشکان و یا پرستاران حرفه‌ای در این شرایط، وارد پیشابراه می‌گردد تا از غده پروستات بزرگ شده عبور نماید.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- سوندگذاری می‌تواند توسط بیمار یا یک مراقبت کننده در منزل اجرا شود. سوندگذاری مکرر در منزل برای بیماران ضایعه نخاعی یا سایر حالات نورولوژیک توسط خود بیمار یا مراقب بیمار ممکن است نیاز باشد هر چند ریسک UTI همیشه وجود دارد. بیشتر تحقیقات نشان داده که روش تمیز از روش استریل در این شرایط بهتر است. مراحل خود سوندگذاری اساساً همان روشی است که توسط پرستار اجرا می‌شود. توصیه می‌شود در حالت‌های معمولی از اتساع بیش از حد مثانه و کاهش جریان خون در دیواره مثانه جلوگیری شود.

روش کار ۷-۱۱ شستشوی سوند با سیستم بسته

نکات قابل توجه

شستشوی سوند با سیستم بسته فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- رسیور یا ظرف استریل
- کلمپ برای لوله تخلیه
- سرنگ ۶۰-۳۰ میلی‌لیتری با سرسوزن شماره ۱۸ یا ۱۹
- محلول شستشوی استریل (در دمای اتاق یا گرم شده تا حد دمای بدن)
- حولهٔ حمام
- دستکش یک بار مصرف
- پارچه ضد آب
- وسایل محافظت‌کننده فردی (PPEs) فردی، در صورت لزوم
- الکل یا سایر سوآپ‌های ضد عفونی کننده

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک را در رابطه با شستشوی سوند بررسی کنید.	تأیید دستور پزشکی ما را مطمئن می‌سازد که اقدام صحیح برای بیمار مورد نظر انجام می‌گیرد.
۲ - وسایل را جمع‌آوری کنید.	چیدن مرتب وسایل شرایط سازمان یافته‌ای برای انجام کار ایجاد می‌کند.
۳ - دست‌های خود را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت مورد نیاز است.
۴ - بیمار را شناسایی نمایید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره روش کار با بیمار صحبت کنید.	این امر، خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. صحبت با بیمار درباره روش کار سبب اطمینان خاطر بیمار شده و اطلاعاتی را در دسترس وی قرار می‌دهد. صحبت‌کردن با بیمار سبب تشویق وی به همکاری با پرستار می‌شود.
۶ - وسایل را در کنار تخت بیمار بگذارید به نحوی که در دسترس باشد.	قرار دادن وسایل، در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.

کار

۷ - ارتفاع تخت را در حد مناسب برای انجام کار تنظیم نمایید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است.

۸ - دستکش‌ها را بپوشید. کیسه تخلیه سوند را خالی کنید و سپس مقدار ادرار را اندازه‌گیری کنید. به مقدار و خصوصیات ادرار توجه نمایید. دستکش‌ها را درآورید.

۹ - کمک کنید تا بیمار در وضعیت راحتی قرار گیرد و در روی سیستم سوند، راه ورودی سوند را که مخصوص آسپیره‌کردن است در دسترس بگذارید. پارچهٔ ضد آب را در زیر سوند و محل آسپیره‌کردن بگذارید. سوند را از باندی که آن را به بیمار چسبانده است، جدا کنید.

۱۰ - بسته‌بندی‌های استریل را باز کنید. محلول استریل را به داخل ظرف استریل بریزید. به مقدار ۳۰ تا ۶۰ میلی‌لیتر از این محلول را به داخل سرنگ بکشید و درپوش استریل سرنگ را سرجایش بگذارید، دستکش به دست کنید.

۱۱ - دریچه تخلیه یا آسپیره‌کردن را با سوآپ آغشته به محلول ضدعفونی‌کننده، پاک کنید (شکل ۱).

۱۲ - سوند را در قسمت انتهایی که مخصوص کشیدن مایع است، کلمپ کنید یا تا بزنید (شکل ۲).

۱۳ - پوشش سرنگ را برداشته و سوزن را وارد سر سوند کنید (شکل ۳). به آرامی محلول را به داخل سوند تزریق کنید (شکل ۴).

۱۴ - سوزن را از راه ورودی بیرون بکشید (شکل ۵). کلمپ لوله را بردارید و بگذارید محلول شستشو و ادرار تخلیه شود. در صورت نیاز شستشو را تکرار کنید.

۱۵ - دستکش‌ها را خارج کنید. مطمئن شوید که لوله سوند (اگر بیمار مرد است) در قسمت داخلی ران یا پایین شکم با چسب ثابت شود. سوند کمی شل باشد تا پای بیمار بتواند حرکت کند.

۱۶ - به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد. بیمار را با ملحفه بپوشانید. تخت را در وضعیت پایین قرار دهید.

دلیل

تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند.

دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن پیشگیری می‌کنند. خالی‌کردن کیسه تخلیه، بررسی دقیق درناژ را پس از تزریق محلول شستشو امکان‌پذیر می‌سازد. بررسی ادرار اطلاعاتی پایه‌ای را در اختیار ما قرار می‌دهد که می‌توان آن را با نمونه‌های بعدی مقایسه کرد. درآوردن مناسب PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

با این کار می‌توان دید کافی داشت. قراردادن پارچه ضدآب موجب حفاظت بیمار و بستر در برابر نشت ادرار می‌شود. جداکردن سوند از نوار یا چسب باعث می‌شود که بتوان سوند را دستکاری کرد.

استفاده از تکنیک استریل از انتشار میکروارگانیسم‌ها و تماس پیداکردن با خون و ترشحات بدن جلوگیری می‌کند. دستکش از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کند.

این امر از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

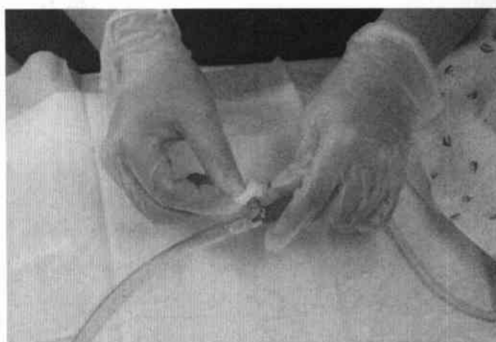
این کار محلول شستشو را به داخل مثانه هدایت می‌کند و از جریان یافتن آن به داخل کیسه تخلیه جلوگیری می‌کند.

شستشوی آرام موجب جلوگیری از واردآمدن آسیب به بافت پوششی مثانه می‌گردد. تزریق مایع سبب جابجاشدن موادی می‌شود که سوند را مسدود کرده‌اند و راه سوند را باز می‌کند.

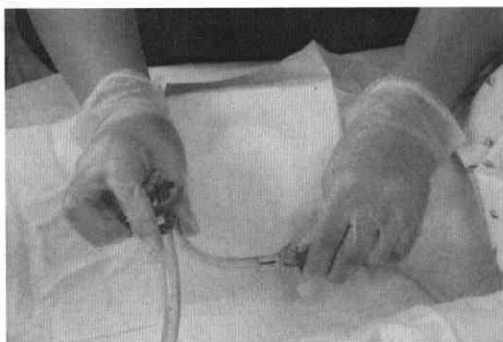
جاذبه زمین به تخلیه ادرار و محلول شستشو از مثانه کمک می‌کند.

اگر سوند خوب در محل مربوطه چسبانده شود، از ایجاد تروما به مجرای ادرار و سوراخ آن جلوگیری می‌کند، قرار دادن لوله تخلیه در قسمت بالا زیر پا بستگی به جریان جاذبه زمین، حرکت و راحتی بیمار دارد.

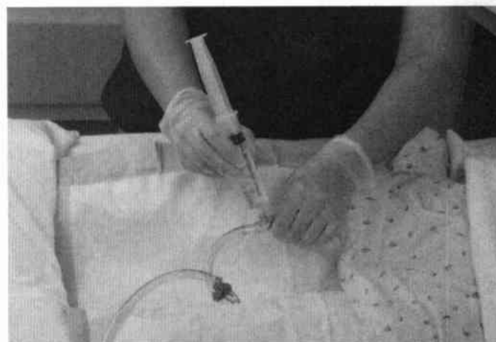
وضعیت دادن و پوشاندن بیمار موجب احساس گرما و راحتی بیمار می‌گردد.



شکل ۱. تمیزکردن محل دریچه تخلیه.



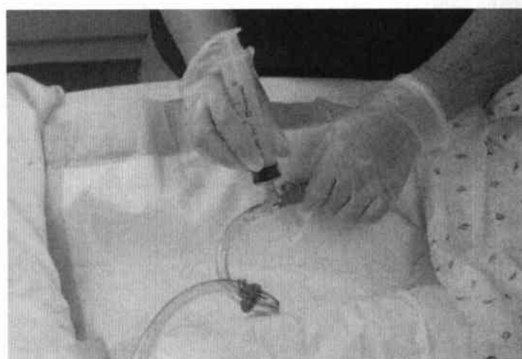
شکل ۲. بستن سوند در زیر دریچه تخلیه.



شکل ۳. ورود سرنگ به داخل محل مربوطه با چرخاندن آن.



شکل ۴. تزریق آرام مایع شستشو.



شکل ۵. برداشتن سرنگ از روی دریچه.

کار	دلیل
۱۷ – دقت کنید کیسه ادرار پایین‌تر از مثانه بیمار قرار گیرد. لوله تخلیه را از نظر پیچ‌خوردگی کنترل کنید. مطمئن شوید جابه جا نمودن لبه‌های تخت اشکالی برای سوند یا کیسه تخلیه ادرار به وجود نیاورده باشد.	این کار موجب تسهیل تخلیه ادرار و جلوگیری از برگشت ادرار می‌شود.
۱۸ – وسایل را جمع‌آوری کنید و سوزن و سرنگ را در محل دفع زباله مخصوص قرار دهید. دستکش‌ها و سایر PPEها را درآورید. دست‌ها را بشویید.	معدوم‌کردن مناسب تجهیزات، از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر تجهیزات را کاهش می‌دهد. شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیزم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۹ – واکنش بیمار به عمل انجام شده، کیفیت و مقدار مایع تخلیه شده را بررسی کنید. این موارد را در پرونده بیمار ثبت کنید.	این کار باعث بررسی دقیق پاسخ بیمار به کار انجام گرفته می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی پایه‌ای بیمار را یادداشت کنید. میزان و نوع محلول شستشوی مورد استفاده و میزان و مشخصات درناژ بازگشتی پس از انجام فرآیند را ثبت کنید. سهولت شستشو و تحمل انجام مراحل در بیمار را یادداشت کنید. میزان ادراری که از کیسه‌ی درناژ قبل از انجام مراحل خارج شده و میزان ماده شستشو که در صفحه ثبت ورودی و خروجی مورد استفاده قرار گرفته را یادداشت کنید. هنگامی که خروجی کامل را اندازه‌گیری کردید برای ثبت میزان دقیق خروجی ادرار، میزان شستشو را از خروجی ادرار کم کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- چنانچه محلول شستشو وارد سوند نشود: با فشار محلول را وارد سوند نکنید. به پزشک اطلاع دهید. سوند را به طور مناسب عوض کند.
- چنانچه قبل از واردکردن محلول شستشو لوله سوند را کلمپ نکرده باشید: شستشو را تکرار کنید. اگر لوله کلمپ نشده، محلول شستشو به داخل سیستم تخلیه ادراری تخلیه می‌شود و وارد سوند نمی‌شود.

ملاحظات خاص

- چنانچه همراه محلول شستشو دارویی تجویز شده زمان تخلیه را براساس عمل دارو تنظیم کنید. اجازه دهید که مقدار زمان مناسبی محلول باقی بماند سپس کلمپ را باز کنید.

روش کار ۸-۱۱ شستشوی مداوم سیستم بسته‌ی مثانه

نکات قابل توجه

شستشوی مداوم سیستم بستهٔ مثانه فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- محلول استریل شستشو (در حد دمای اتاق یا گرم شده تا حد دمای بدن)
- ست مخصوص تخلیه سوندفولی (لوله و کیسه جمع‌آوری‌کننده)
- لوله‌های استریل با ست سرم برای وصل‌کردن به محلول شستشو
- سوندفولی سه راهه که در مثانه بیمار قرار داده می‌شود
- پمپ تزریق وریدی (اگر مثانه با محلول حاوی دارو شسته می‌شود)
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- پایه سرم
- حوله حمام
- دستکش یک بار مصرف
- الکل یا سایر سواب‌های ضد عفونی کننده

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – دستور پزشک را مبنی بر شستشوی سوند، دوباره کنترل نمایید. اگر شستشو باید به طریقه انفوزیون انجام شود غالباً دستور شستشو تا پاک شدن ادرار از خون ادامه دارد. میزان قطرات را محاسبه کنید.	تأیید دستور پزشکی ما را مطمئن می‌سازد که اقدام صحیح بر روی بیمار مورد نظر انجام خواهد گرفت. محلول باید به واسطه نیروی جاذبه و به میزان دستور داده شده، تجویز شود.
۲ – وسایل را جمع‌آوری کنید.	چیدن مرتب وسایل موجب سازمان‌دهی در انجام کارها می‌شود.
۳ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت، انتخاب می‌شود.
۴ – بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات صحیح را دریافت می‌دارد و از بروز اشتباه جلوگیری می‌شود.
۵ – پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار با بیمار صحبت کنید.	این امر خلوت بیمار را تضمین می‌نماید. صحبت با بیمار درباره انجام کار، موجب اطمینان خاطر بیمار شده و اطلاعاتی را درباره روش کار در اختیار وی قرار می‌دهد. صحبت‌کردن با بیمار سبب تشویق وی به همکاری با پرستار می‌شود.

کار

۶ – وسایل را کنار تخت بیمار بگذارید به نحوی که در دسترس باشند.

دلیل

قرار دادن وسایل در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.

۷ – تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم نمایید. ارتفاع مطلوب تخت برای انجام کار معمولاً در سطح آرنج پرستار است.

تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار پیشگیری می‌کند.

۸ – کیسه تخلیه را خالی کنید و میزان ادرار را اندازه‌گیری کنید، خصوصیات ادرار را گزارش دهید.

خالی‌کردن کیسه تخلیه برای بررسی دقیق تخلیه پس از شستشو کمک می‌کند. بررسی ادرار اطلاعات پایه‌ای را در اختیار ما قرار می‌دهد که ما را قادر می‌سازد تا آنها را با نمونه‌های بعدی مقایسه کنیم.

۹ – کمک کنید تا بیمار در وضعیت راحتی قرار گیرد و در روی سیستم سوند، راه ورودی سوند را که مخصوص آسپیره کردن است در دسترس بگذارید. پارچه ضد آب را زیر سوند و محل آسپیره کردن قرار دهید.

با این کار می‌توان دید کافی داشت. قرار دادن پارچه ضد آب موجب حفاظت بیمار و بستر در برابر نشت ادرار می‌شود.

۱۰ – کیسه شستشوی استریل را مطابق دستور کارخانه سازنده آماده کنید. برچسب محلول که مخصوص شستشوی مثانه است را کنترل کنید. تاریخ و زمان انقضا را بررسی کنید. مطمئن باشید لوله را کلمپ کرده‌اید و لوله استریل را به محل مخصوص محلول متصل کنید (شکل ۱). کیسه را در فاصله ۱۰۰–۷۵ سانتی‌متری بالاتر از مثانه از پایه سرم آویزان کند. کلمپ را برای هواگیری باز کنید و سرپوش ست را بردارید بدون آنکه آن را آلوده کنید (شکل ۲). کلمپ را ببندید و سرپوش را در جای خود قرار دهید.

برچسب مناسب اطلاعات دقیق را به مراقبین می‌دهد. محلول استریل ۲۴ ساعت بعد از بازشدن نباید مورد استفاده قرار گیرد. روش استریل از آلوده‌شدن سیستم محلول شستشو جلوگیری می‌کند. هواگیری ست قبل از وصل‌کردن آن به سیستم شستشو از اتساع مثانه جلوگیری می‌کند.

۱۱ – دستکش بپوشید. محل شستشو را با سواب الکل تمیز کنید. با رعایت نکات استریل لوله شستشو را به دریچه شستشوی سوندفولی سه راهه وصل کنید (شکل ۳).

رعایت نکات استریل از ورود میکروارگانیسم‌ها به داخل مثانه جلوگیری می‌کند.

۱۲ – کلمپ لوله تخلیه را بررسی کنید. در صورت وجود آن را باز کنید.

بازکردن کلمپ از تجمع محلول در مثانه جلوگیری می‌کند.

۱۳ – کلمپ لوله شستشو را باز کنید و جریان را طبق دستور پزشک تنظیم نمایید (شکل ۴). ممکن است پزشک همزمان دستور شستشو را با یک دارو نیز بدهد. در این موارد تنظیم جریان با استفاده از پمپ انفوزیون لازم است.

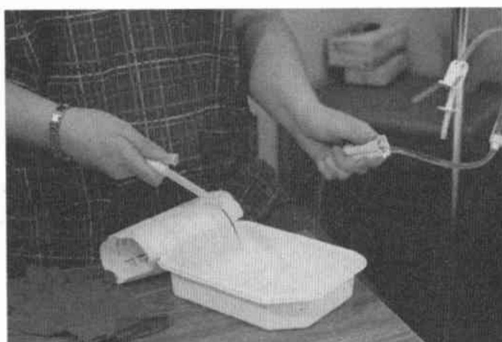
این عمل اجازه یک شستشوی آرام و مداوم را میسر ساخته و باعث کاهش ناراحتی بیمار می‌گردد. پمپ وریدی جریان دارو را تنظیم می‌کند.

۱۴ – دستکش‌ها را خارج کنید. به بیمار کمک کنید تا در یک وضعیت راحت قرار گیرد. روی بیمار را با ملحفه بپوشانید. تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار دهید.

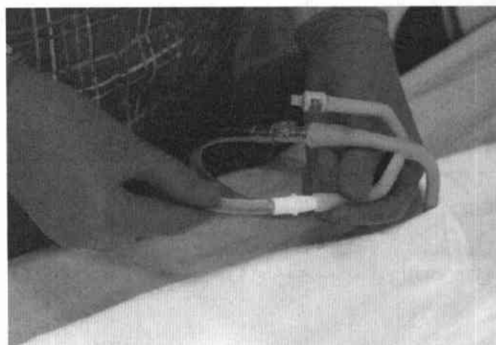
وضعیت دادن به بیمار و پوشاندن وی باعث ایمنی و راحتی بیمار می‌گردد.



شکل ۱. واردکردن قسمت نیزه‌ای ست سرم به ظرف حاوی مایع شستشو



شکل ۲. هواگیری از لوله‌ی شستشو.



شکل ۳. وصل‌کردن لوله شستشو به قسمت شستشوی کاتتر



شکل ۴. تنظیم جریان شستشو به وسیله کلمپ

کار	دلیل
۱۵ – واکنش بیمار به کار انجام شده، کیفیت، مقدار مایع تخلیه را بررسی و آن را در پروندهٔ بیمار ثبت کنید.	بررسی برای تعیین اثربخشی اقدام انجام شده و تشخیص اثرات زیانبار آن ضروری می‌باشد.
۱۶ – وسایل را بردارید. دستکش‌ها و سایر PPEهای اضافی را درآورید. دست‌های خود را بشویید.	دفع مناسب تجهیزات از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۱۷ – وقتی شستشو انجام و محفظه در حال خالی شدن است، لوله را با کلمپ ببندید. اجازه ندهید محفظه قطرات خالی شود. کیسه خالی را جدا نموده و یک کیسه شستشوی پر را وصل کنید.	با این کار دیگر نیاز به وصل‌کردن دوبارهٔ لوله به سوند نبوده و هوایی وارد لوله نمی‌گردد. اگر سیستم تخلیه باز گردد، راهی برای ورود میکروارگانیسم‌ها خواهد بود.
۱۸ – دستکش بپوشید، کیسه جمع‌آوری ادرار را خالی کرده و کیسه جدید را آویزان کنید.	دستکش‌ها از شما در برابر تماس با خون، ترشحات بدن و میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌کنند.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی پایه‌ای بیمار را یادداشت کنید. میزان و نوع محلول شستشوی مورد استفاده و میزان و مشخصات درناژ بازگشتی پس از انجام فرآیند را ثبت کنید. سهولت شستشو و تحمل انجام فرآیند و مراحل در بیمار را یادداشت کنید. میزان ادراری که از کیسه‌ی درناژ قبل از انجام مراحل خارج شده است و میزان ماده شستشو که در صفحه‌ی ثبت ورودی و خروجی مورد استفاده قرار گرفته است را یادداشت کنید. برای تعیین حجم خروجی ادرار، میزان ماده شستشوی تزریقی را از حجم کامل درناژ کم کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- شستشوی مداوم مثانه شروع می‌شود و پس از مدتی مقدار مایع برگشتی کمتر از محلول وارد شده، می‌باشد: اتساع مثانه را لمس کنید. اگر بیمار به پشت دراز کشیده، بیمار را به پهلو بچرخانید ممکن است این عمل باعث خروج بیشتر مایع گردد. مطمئن شوید که لوله پیچ نخورده باشد. اگر مایع برگشتی کم است به پزشک اطلاع دهید.
- محلول شستشو مثانه به میزانی که دستور داده شده وارد نمی‌شود حتی زمانی که کلمپ را کاملاً باز کرده‌اید: لوله را از نظر پیچ خوردن یا تحت فشار قرار گرفتن برخی نقاط کنترل کنید. کیسه محلول را ۱۰-۷/۵ سانتی‌متر بالاتر ببرید و جریان شستشو را کنترل کنید. مجدداً جریان ورود محلول شستشو را کنترل کنید.

روش کار ۹-۱۱ تعویض کیسه تخلیه‌ای ایلئوستومی

نکات قابل توجه

تعریفی کیسه تخلیه‌ای ایلئوستومی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- رسیور حاوی آب گرم
- محافظ پوست
- کمربند استومی (اختیاری)
- راهنمای اندازه‌گیری اوستوما
- ظرف مدرج
- گاز چهار گوش
- کیسه زباله پلاستیکی کوچک
- پارچه ضد آب
- صابون، حوله، لیف حمام
- کیسه استومی
- دستکش‌های یک بار مصرف
- بازکننده چسب سیلیکونی
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را مرتب جمع‌آوری کنید.	چیدن مرتب وسایل شرایط سازمان یافته‌ای برای انجام کار ایجاد می‌کند.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌دارد و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره روش انجام کار و علت انجام آن به بیمار توضیح دهید. در صورت امکان، بیمار را تشویق به مشاهده و همکاری نمایید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن به بیمار، اضطراب وی را رفع کرده و سبب تسهیل در همکاری او می‌شود. توضیح دادن به بیمار سبب تشویق وی به همکاری می‌شود و در به حداقل رساندن اضطراب بیمار کمک کننده است. اجازه دادن به بیمار جهت مشاهده و همکاری در اجرای کار سبب پذیرش بهتر آن از طرف بیمار می‌شود.
۵ - وسایل را مرتب کنار تخت بیمار بگذارید به نحوی که در دسترس باشد.	قرار دادن وسایل در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.

کار

۶ - اگر بیمار بر روی تخت نشسته است، او را در وضعیت نشسته یا درازکش قرار دهید و اگر در حمام است، او را در وضعیت ایستاده یا نشسته قرار دهید. تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام این کار تنظیم نمایید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است. پارچه ضد آب را زیر بیمار در محل استوما قرار دهید.

دلیل

هر دوی این وضعیت‌ها به بیمار اجازه می‌دهد تا پروسیجر را مشاهده کند و تا آن را یاد گرفته و بعدها بتواند به تنهایی این کار را انجام دهد. درازکشیدن بیمار و یا نشستن وی به صورت عمودی، باعث انجام آسان‌تر کار توسط پرستار می‌شود. تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پشت جلوگیری می‌کند. پارچه ضد آب از خیس‌شدن ملحفه و بیمار جلوگیری می‌کند.



شکل ۱. خالی کردن کیسه ادرار به داخل ظرف مدرج.

خالی‌کردن استوما

۷ - دستکش بپوشید. انتهای استوما را بر روی لگن، توالت و یا ظرف مدرج قرار دهید. درپوش را از انتهای کیسه بردارید. کیسه را خالی کرده و محتویات آن را به داخل لگن، توالت و یا ظرف مدرج تخلیه کنید (شکل ۱).

پوشیدن دستکش سبب حفاظت از پرستار در مواجهه با خون و ترشحات بدن می‌شود. خالی‌کردن کیسه پیش از دستکاری آن سبب کاهش احتمال بیرون پاشیدن محتویات آن می‌شود.

۸ - کیسه را ببندید و آن را با دستمال کاغذی پاک کنید. درپوش را در انتهای کیسه قرار دهید.

خشک‌کردن کیسه سبب برداشت ادرار از روی آن می‌شود.

۹ - وسایل را بردارید. دستکش‌ها را خارج کنید و به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد.

برداشتن و درآوردن صحیح PPE از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. از راحتی بیمار اطمینان حاصل نمایید.

۱۰ - اگر نیاز به تعویض استوما نمی‌باشد، تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید. PPEهای اضافی را خارج کرده و دست‌ها را بشویید.

پایین‌آوردن تخت سبب آرامش و امنیت بیمار می‌شود. درآوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

تعویض کیسه استومی

۱۱ - یک پارچه ضد آب یک بار مصرف را روی سطح کار قرار دهید. رسیور را با آب گرم و مواد پاک‌کننده در دسترس قرار دهید. یک کیسه زباله در دسترس باشد.

پارچه ضد آب از سطح کار محافظت می‌کند. سازمان‌دهی، اجرای کار را تسهیل می‌کند.



شکل ۲. به آرامی کیسه استومی را از پوست جدا کنید.



شکل ۳. پوست را در خلاف جهت کیسه فشار دهید و کیسه را از پوست جدا کنید.

کار

۱۲ - دستکش تمیز بپوشید. یک پارچه ضد آب زیر بیمار در ناحیه استوما قرار دهید. در صورت لزوم، کیسه را به شکلی که در مرحله ۸-۶ گفته شد، تخلیه نمایید.

۱۳ - به جای اینکه کیسه را کشیده و از پوست جدا کنید، با فشاردادن پوست، به آرامی کیسه را از آن جدا کنید. همچنان که پوست را فشار داده‌اید، در همین حین، کیسه را از سمت بالا، جدا نمایید (شکل ۲). بجای کشیدن و جداکردن کیسه از پوست، پوست را فشار داده و از کیسه جدا نمایید (شکل ۳). از چسب‌بردار سیلیکونی استفاده کرده و آن را اسپری کرده و یا بر روی چسب بمالید.

۱۴ - اگر کیسه یک بار مصرف است، آن را در جای مناسب دور بیندازید و اگر چند بار مصرف است آن را با آب نیمه گرم و صابون شسته و صبر کنید تا در معرض هوا خشک شود.

۱۵ - پوست اطراف استوما را با صابون و آب یا مادهٔ پاک‌کنندهٔ دیگری و با استفاده از لیف یا گلولهٔ پنبه، پاک کنید (شکل ۴). مطمئن شوید که تمام مادهٔ چسبناک قبلی از پوست پاک شده است. در اطراف استومی از لوسیون استفاده نکنید.

۱۶ - به آرامی ناحیه را خشک کنید. مطمئن شوید که پوست اطراف استوما کاملاً خشک شده است. استوما و پوست اطراف را بررسی کنید.

دلیل

پارچه ضد آب از خیس‌شدن ملحفه‌ها و بیمار جلوگیری می‌کند. خالی‌کردن محتویات قبل از برداشتن کیسه از بیرون ریخته‌شدن احتمالی محتویات آن جلوگیری می‌کند.

با کشیدن کیسه، ممکن است پیش از جداشدن آن ناحیه اتصال بین کیسه و پوست جدا شود. این عمل می‌تواند به پوست آسیب برساند و از چسبیدن محکم کیسه به پوست در دفعات بعد جلوگیری کند. چسب‌بردار سیلیکونی به برداشت سریع و بدون درد چسب کمک کرده و از آسیب پوست جلوگیری می‌کند.

شستشوی کامل و در معرض هوا قراردادن کیسه، آلودگی و بوی بد را کاهش می‌دهد. به منظور کنترل عفونت، کیسه‌های مصرف شده را باید به طور مناسبی دور انداخت.

با پاک‌کردن پوست، ترشحات و چسب‌های قدیمی را پاک کرده پوست محافظت می‌شود. مواد دفعی و یا تجمع سایر مواد ممکن است باعث تحریک و صدمهٔ پوست شود. لوسیون از محکم چسبیدن جلوگیری می‌کند.

خشک‌کردن دقیق پوست موجب جلوگیری از واردآمدن تروما به پوست و استوما می‌گردد. سیستم تخلیه‌ای که سالم باشد و به طور صحیحی مورد استفاده قرار گیرد، باعث حفظ سلامت پوست می‌شود. هرگونه تغییر در رنگ و اندازهٔ استوما ممکن است حاکی از مشکلات گردش خون در این ناحیه باشد.



شکل ۴. تمیزکردن استوما با مواد پاک‌کننده و آب



شکل ۵. قرار دادن یک یا دو گاز چهارگوش در محل استوما.

کار

۱۷ – یک یا دو گاز چهارگوش روی استومای باز قرار دهید (شکل ۵).

۱۸ – به شعاع ۵ سانتی‌متر (۲ اینچ) دور استوما، از یک ماده محافظ پوست استفاده کنید و ۳۰ ثانیه صبر کنید تا به طور کامل خشک شود.

۱۹ – گاز چهارگوش را روی اوستوما قرار دهید تا دهانه آن را اندازه‌گیری کنید، از راهنمای اندازه‌گیری اوستوما استفاده کنید. گاز را بردارید. همان اندازه را در پشت کیسه علامت بزنید. کیسه استوما را به اندازه ۱/۸ اینچ بزرگتر از دهانه استوما ببرید (شکل ۶). انگشت خود را بعد از بریدن برچسب به آرامی روی آن بمالید. چک کنید که کیسه بسته باشد و درپوش آن در سر جای خود قرار گرفته باشد.

۲۰ – به سرعت گاز چهار گوش را برداشته و بطور مناسبی دور بیندازید. پوشش روی صفحه چسبنده مربوط به کیسه را بردارید و به دقت در محل مربوطه بچسبانید (شکل ۷) و بعد آن را به مدت ۳۰ ثانیه فشار دهید.

۲۱ – در صورت تمایل، به دور کمر بیمار و کیسهٔ استومی، کمربند ببندید.

۲۲ – دستکش‌ها را خارج کنید. به بیمار کمک کنید در وضعیت راحتی قرار گیرد. بیمار را با ملحفه بپوشانید. تخت را در پایین‌ترین وضعیت خود قرار دهید.

دلیل

برای این که پوست را در طی تعویض کیسهٔ استومی خشک نگه داریم، باید دائماً ترشحات خارج شده را خشک نماییم.

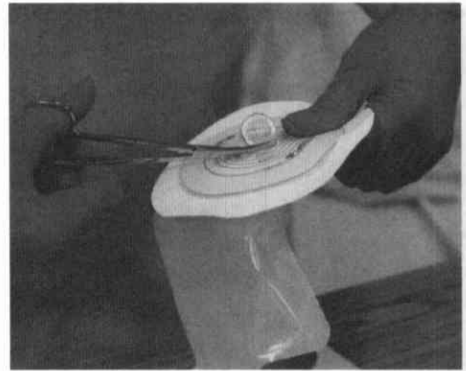
باید پوست بیمار در مقابل اثرات چسب محافظت شود پوست بیمار باید کاملاً خشک باشد تا خوب بچسبد و از نشت جلوگیری شود.

کیسه باید کاملاً دور تا دور، سوراخ استومی را بگیرد و فقط ۱/۸ اینچ از پوست اطراف استوما، قابل رؤیت باشد. اگر سوراخ خیلی کوچک باشد، ممکن است باعث واردآمدن تروما به سوراخ استومی شود. اگر سوراخ کیسه بیش از حد بزرگ باشد، ممکن است مواد دفعی باعث تحریک پوست شود. لبه‌های برچسب ممکن است هنگام بریدن ناهموار و موجب ایجاد قرمزی و یا فشار به روی استوما گردد. بسته‌بودن کیسه و درست قرارگرفتن درپوش آن، از نشت ادرار از کیسه جلوگیری می‌کند.

فقط زمانی کیسه کارآمد خواهد بود که در جای صحیح خود قرار گیرد و محکم چسبانده شود. فشار بر روی سطح چسبنده باعث می‌شود، سطح چسبنده به روی پوست بیمار خوب بچسبد و قالب پوست را بگیرد.

در بعضی از بیماران کمربند کشی به نگهداشتن وسیله کمک می‌کند.

وضعیت دادن به بیمار و پوشاندن بیمار راحتی و ایمنی بیمار را افزایش می‌دهد. خارج‌کردن دستکش‌ها از خطر انتقال عفونت را کاهش می‌دهد.



شکل ۶. بریدن کیسه استومی به اندازه $\frac{۱}{۸}$ اینچ بزرگتر از دهانه استوما



شکل ۷. قراردادن صفحه کیسه روی استوما

کار	دلیل
۲۳ – دستکش تمیز بپوشید. هرگونه وسیله باقیمانده را برداشته و دور بریزید. پاسخ بیمار نسبت به اقدام انجام شده را بررسی نمایید.	واکنش بیمار ممکن است حاکی از پذیرفتن استومی باشد لذا نیاز به آموزش‌های بهداشتی دارد.
۲۴ – دستکش‌ها و سایر PPEهای اضافی را درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

فرآیند و مراحل شامل ظاهر استوما، شرایط پوست اطراف استوما و مشخصات ادرار و پاسخ بیمار به این مراحل و وضعیت آموزش بیمار را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- اگر کیسه را جدا کردید و متوجه شدید که ناحیه‌ای از پوست آسیب دیده: مطمئن شوید سوراخ کیسه را خیلی بزرگ نبریده‌اید. پوست که داخل کیسه استوما قرار می‌گیرد آسیب می‌بیند از لحاظ وجود عفونت قارچی پوست را بررسی کنید. چنانچه وجود داشت با پزشک جهت درمان مشورت کنید. پوست را به دقت پاک کنید و خشک نگه دارید. از کرم‌ها یا پمادهای مخصوص پوست‌های حساس و آسیب دیده قبل از گذاشتن کیسه با اجازه پزشک استفاده کنید.
- چنانچه پس از قراردادن کیسه جدید متوجه نشت آن شدید: کیسه را بردارید، پوست را تمیز کنید و مجدداً کار را شروع کنید.
- پرستار آماده گذاشتن کیسه است ولی متوجه می‌شود که کیسه بزرگتر بریده شده است: کیسه را دور بیاندازید مجدداً کار را شروع کنید. کیسه‌ای که بزرگتر از اوستومی بریده شده می‌تواند منجر به آسیب پوستی گردد.
- استومی قهوه‌ای تیره یا سیاه است: استومی باید صورتی یا قرمز، براق و مرطوب باشد در غیر این صورت اختلال در گردش خون دارد اگر استومی قهوه‌ای تیره یا سیاه بود احتمال ایسکمی و نکروز می‌رود به پزشک اطلاع دهید.

روش کار ۱۰-۱-۱۱ مراقبت از مسیر همودیالیز (فیستول یا گرافت شریانی-وریدی)

نکات قابل توجه

مراقبت از مسیر همودیالیز فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- گوشی پزشکی
- وسایل محافظت کننده شخصی (PPEs)، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس روش پیشگیری از عفونت مورد نیاز می‌باشد.
۲ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌دارد و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۳ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که انجام می‌دهید و چگونگی انجام دادن آن به بیمار توضیح دهید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن روش کار به بیمار سبب رفع اضطراب وی شده و او را تشویق به همکاری می‌کند. بحث با بیمار، همکاری وی را تسریع نموده و در به حداقل رساندن اضطراب وی کمک‌کننده است.
۴ - از بیمار در مورد وجود مشکلاتی مانند پرش عضلات، گرفتگی عضلات، تغییر در حرارت ناحیه، حساس بودن، بی‌حسی و کرختی، خارش و سوزش و درد سؤال کنید.	شنیدن شکایات بیمار کمک مؤثری در تشخیص مشکلات احتمالی و باز بودن مسیر همودیالیز می‌باشد.
۵ - ناحیه بالای مسیر همودیالیز را از لحاظ تغییر رنگ و هرگونه قرمزی، گرمی، کشیدگی، ادم و راش، خون‌مردگی، خونریزی، لرزش بررسی کنید. همچنین عضله ناحیه را بررسی کنید و ببینید از لحاظ توانایی حرکت دادن مشکل دارد یا خیر.	بررسی به تعیین محل انجام همودیالیز کمک می‌کند و وضعیت گردش خون بیمار، نورولوژیک و عملکرد عضلانی و نحوه تزریق باید مورد این بررسی قرا گیرد. مقایسه ناحیه یا قسمت مقابل محل تزریق کمک مؤثری در تشخیص تغییرات احتمالی می‌باشد.



شکل ۱. لمس محل فیستول دیالیز برای تشخیص لرزش.

کار	دلیل
۶ – محل مسیر همودیالیز را با لمس کردن از لحاظ وجد لرزش درونی (تریل) یا لرزش خارجی معاینه کنید (شکل ۱) نبض را در بالا و پایین عمل احساس کنید. با لمس کردن گرمای پوست را در محل و اطراف آن بررسی کنید. مویرگ‌ها را در انگشتان دست و یا انگشتان پا در انتهاها بررسی کنید.	لمس کردن تشخیص باز بودن مسیر همودیالیز را میسر می‌سازد. وضعیت گردش خون بیمار و علایم نورولوژیک و عملکرد عضلانی و احتمال عفونت نیز با لمس کردن امکان‌پذیر است.
۷ – بالای ناحیه را با گوشی از لحاظ وجود صداهای غیرطبیعی و لرزش سمع کنید.	سمع و لمس کردن در تشخیص باز بودن مسیر همودیالیز کمک می‌کند.
۸ – نشانه‌ای را در بالای سر تخت قرار دهید تا اعضای تیم مراقبتی را نسبت به آسیب دست مطلع سازد. از گرفتن فشارخون، پونکسیون ورید و یا گرفتن لاین وریدی در دست مبتلا خودداری نمایید.	بازوی آسیب دیده نباید برای هیچگونه اقدام دیگری از قبیل اخذ فشار خون مورد استفاده قرار گیرد، چون ممکن است سبب تشکیل لخته در فیستول یا گرافت شود. پونکسیون وریدی و گرفتن لاین وریدی در بازوی آسیب دیده می‌تواند منجر به عفونت در دست مبتلا و از بین رفتن گرافت یا فیستول شود.
۹ – به بیمار توصیه نمایید که در حین خواب، بازویی را که حاوی فیستول است، در زیر سر یا بدن خود قرار ندهد.	این امر می‌تواند منجر به تشکیل لخته در گرافت یا فیستول شود.
۱۰ – به بیمار توصیه کنید که با دست حاوی فیستول بار سنگین بلند نکرده و بر روی آن فشار وارد نکند. به بیمار توصیه نمایید که از حمل کیف‌های سنگین بر روی شانه آن دست خودداری کند.	این عمل می‌تواند منجر به تشکیل لخته در گرافت یا فیستول شود.
۱۱ – در صورت استفاده از PPE، آن را درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

یافته‌های ارزیابی، شامل حضور و یا عدم لرزش و یا بروئی را یادداشت کنید. هرگونه سوابق بیمار و واکنش بیمار باید ذکر شود.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- لرزش قابل تشخیص نمی‌باشد و یا سوفل رگی قابل سمع نیست: سریعاً ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه را مطلع سازید. لرزش و سوفل در نتیجه جریان یافتن خون شریانی به داخل ورید به وجود می‌آیند. اگر این علایم وجود نداشته باشند، احتمال دارد که فیستول توسط لخته مسدود شده باشد.
- با لمس ناحیه فیستول متوجه می‌شوید که این ناحیه گرم، قرمز و دردناک است. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه را باخبر سازید. این علایم می‌توانند نشان‌دهنده عفونت آن ناحیه باشند.

روش کار ۱۱-۱۱ مراقبت از کاتتر دیالیز صفاقی

نکات قابل توجه

مراقبت از کاتتر دیالیز صفاقی فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ماسک صورت (۲ عدد)
- دستکش استریل
- دستکش غیراستریل
- PPE اضافی، در صورت لزوم
- ماده تمیزکننده ضد میکروبی، براساس خط مشی مؤسسه
- گاز استریل چهارگوش (۴ عدد)
- لگن استریل
- اسفنج استریل
- آنتی‌بیوتیک موضعی از قبیل ماپیروسین و جنتامایسین براساس دستور یا خط مشی
- پانسمان شفاف محل انسداد
- اپلیکاتور استریل
- ظرف زباله پلاستیکی
- پتوی حمام

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ – دستورات پزشک را در مورد مراقبت از محل کاتتر کنترل کنید وسایل را مرتب جمع‌آوری کنیم.	چیدن مرتب وسایل موجب سازمان‌دهی در انجام کارها می‌شود.
۲ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ – بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ – پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که انجام می‌دهید و چگونگی انجام دادن آن به بیمار توضیح دهید. در صورت امکان، بیمار را تشویق کنید تا پروسیجر را مشاهده کند و یا در انجام آن با شما همکاری نماید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن به بیمار اضطراب او را رفع کرده و وی را تشویق به همکاری می‌کند. بحث با بیمار در مورد انجام کار سبب همکاری وی شده و در به حداقل رساندن اضطراب وی کمک‌کننده است. اجازه‌دادن به بیمار برای مشاهده پروسیجر یا همکاری در آن، سبب پذیرش آن از طرف بیمار می‌شود.
۵ – وسایل را کنار تخت بیمار مرتب بگذارید به نحوی که در دسترس باشد.	قرار دادن وسایل در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.

کار	دلیل
۶ - تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم کنید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است. بیمار را در وضعیت طاقباز قرار دهید. شکم بیمار را در معرض دید قرار داده، سینه او را بپوشانید و محل کاتتر را باز بگذارید.	تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات پرستار جلوگیری می‌کند. پوزیشن طاقباز معمولاً بهترین وضعیت برای واردکردن کاتتر دیالیز صفاقی می‌باشد. استفاده از پتوی حمام سبب گرم‌شدن بیمار شده و از در معرض دید واقع‌شدن بخش‌های غیرضروری بدن جلوگیری می‌کند.
۷ - دستکش غیراستریل بپوشید. یکی از مَاسک‌ها را به صورت خود بزنید و دیگری را بر روی صورت بیمار قرار دهید.	دستکش‌ها از تماس پرستار با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند. استفاده از ماسک صورت سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۸ - پانسمان قبلی را به آرامی بردارید و به بو، مقدار و رنگ ترشحات، وجود نشتی و وضعیت پوست اطراف کاتتر توجه نمایید. پانسمان را در یک ظرف مناسب دور بیندازید.	ترشحات، نشتی و وضعیت پوست می‌توانند نشان‌دهنده مشکلات کاتتر از قبیل عفونت آن باشد.
۹ - دستکش‌ها را درآورید و معدوم نمایید. محیطی استریل فراهم نمایید. از تکنیک ضد عفونی استفاده کنید. دو عدد گاز استریل چهارگوش را در محیط استریل باز نمایید و یا (براساس خط مشی مؤسسه درمانی)، سوآپ ضد میکروبی استریل را در محیط استریل قرار دهید. اپلیکاتور استریل را نیز در محیط استریل قرار دهید. مقدار کمی از آنتی‌بیوتیک موضعی را بر روی یکی از گازهای چهارگوش واقع در محیط استریل بریزید.	تا زمان ترمیم‌شدن محل کاتتر، استفاده از تکنیک استریل در آن محل، برای پیشگیری از عفونت ضروری می‌باشد.
۱۰ - دستکش‌های استریل را بپوشید. با دست غیرغالب خود، کاتتر دیالیز را بردارید. به وسیله گاز یا سوآپ آغشته به آنتی‌بیوتیک موضعی، پوست دور تا دور محل خروجی را با حرکات دورانی تمیز کنید. به این صورت که از محل خروجی، تمیزکردن را آغاز کرده و سپس به آهستگی به میزان ۳ تا ۴ اینچ به اطراف گسترش دهید. در صورت لزوم به آرامی سطح زخم را بردارید.	تکنیک ضد عفونی برای پیشگیری از عفونت ضروری است. مواد ضد میکروبی پوست را تمیز کرده، هرگونه ترشح از زخم را پاک کرده و خطر عفونت را کاهش می‌دهد.
۱۱ - کاتتر را در دست غیرغالب خود نگاه دارید. پس از اینکه پوست خشک شد، کاتتر را با گاز آغشته به مواد ضد میکروبی پاک کنید. از محل خروجی شروع کرده، سپس اطراف کاتتر و در نهایت، انتهای آن را تمیز کنید. ترشحات داخل لوله را در صورت لزوم به آرامی خارج نمایید.	مواد ضد میکروبی کاتتر را تمیز کرده، هرگونه ترشحاتی را از داخل لوله برمی‌دارد و بدین ترتیب خطر عفونت را کاهش می‌دهد.
۱۲ - از اپلیکاتور استریل استفاده کنید. در صورت تجویز، آنتی‌بیوتیک موضعی را بر روی محل خروجی کاتتر بکار بگیرید.	بکارگرفتن ماپیروسین و جنتامایسین در محل خروجی کاتتر، از عفونت این ناحیه و ابتلا به پریتونیت جلوگیری می‌کند.

کار	دلیل
۱۳ – اسفنج استریل را در اطراف محل خروج قرار دهید. سپس یک گاز ۴×۴ را در محل خروج قرار دهید. گازها را با پانسمان شفاف ببندید. ماسک‌ها را درآورید.	اسفنج و گاز ۴×۴ برای جذب هرگونه ترشحی از محل خروج به کار می‌روند. بستن محل توسط پانسمان شفاف از آلوده‌شدن آن محل جلوگیری می‌کند. پس از پوشاندن محل خروج، دیگر نیازی به ماسک نمی‌باشد.
۱۴ – یک برچسب با ذکر تاریخ و زمان تعویض پانسمان و حروف اول اسم خود روی پانسمان قرار دهید.	سایر پرسنل که با کاتتر کار خواهند کرد از اطلاعات لازم آگاه خواهند شد.
۱۵ – انتهای باز لوله را ببندید و آن را با چسب به پانسمان و یا شکم بیمار بچسبانید.	چسباندن کاتتر سبب جذب هرگونه ترشح شده و از اعمال هرگونه فشار و تحریک بر پوست شکم جلوگیری می‌کند.
۱۶ – بیمار را در وضعیتی راحت قرار دهید. بیمار را با ملحفه بپوشانید و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.	وضعیت دادن و پوشاندن بیمار سبب گرمی و راحتی وی می‌شود. پایین قرارگرفتن تخت سبب امنیت بیمار می‌گردد.
۱۷ – دستکش‌های تمیز بپوشید. وسایل و تجهیزات را بردارید و معدوم نمایید. پاسخ بیمار را نسبت به پروسیجر ارزیابی نمایید.	این اعمال از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کنند. پاسخ بیمار ممکن است نشان‌دهنده میزان پذیرش وی نسبت به کاتتر و یا نیاز وی به تعلیم مراقبت‌های بهداشتی باشد.
۱۸ – در صورت استفاده از دستکش و PPEهای اضافی، آنها را درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی، خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری به عمل می‌آورد.

ثبت

راهنمایی‌ها

تغییر پانسمان، شامل شرایط پوست اطراف محل خروجی، درناژ، یا بو، همچنین واکنش بیمار به فرآیند و هرگونه آموزش انجام شده را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- وقتی پرستار شکم را لمس کرده و معاینه می‌کند، بیمار اظهار درد می‌کند: ترشحات کدر و غیرشفاف هستند و وقتی پانسمان کهنه برداشته می‌شود، بوی بدی از آن به مشام می‌رسد: ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه را سریعاً خبردار نمایید. هر یک از این علایم می‌تواند نشان‌دهنده عفونت محل و یا پریتونیت باشد.
- پرستار اذعان می‌کند که پانسمان کهنه با مایعی شفاف اشباع شده است: پانسمان را تعویض نمایید تا از آسیب پوست جلوگیری شود. ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه را باخبر سازید. یک عارضه شایع، نشت از محل خروج می‌باشد. پانسمان را مرتباً چک کنید، به خصوص پس از واردکردن مایع به داخل محفظه شکمی.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- بیماران از حمام رفتن به مدت ۳–۲ هفته و بهبود محل زخم خودداری کنند.

- بیماران با کاتاتر دیالیز صفاقی باید از حمام‌های روشن و استخرهای عمومی پرهیز کنند.
- به بیمارانی که مراقبت در منزل را خود انجام می‌دهند، باید یادآوری نمود که پیش از انجام کار دست‌های خود را به خوبی بشویند. توصیه می‌شود از ژل‌های پایه الکلی استفاده شود یا با صابون آنتی‌میکروبیال شستشو داده شود.
- بیماران از پوشیدن لباس‌های تنگ و کمربند در ناحیه خارجی زخم خودداری کنند.

ملاحظات در منزل

- اغلب، بیماران و پرستاران، در منزل بجای تکنیک استریل، از تکنیک تمیز استفاده می‌کنند.
- بیماران را با علایم عفونت خارجی آشنا کنید تا در صورت مشاهده به پزشک خود اطلاع دهند.

فصل ۱۲

دفع روده‌ای

مترجم: سیده سوسن نوری کرمانشاهی

روش کار ۱-۱۲ انمای پاک‌کننده

نکات قابل توجه

اجرای بعضی از اشکال انما می‌تواند توسط کمک پرستار انجام گیرد به شرط آنکه آموزش لازم را دیده باشند. اما انمای پاک کننده با حجم زیاد باید توسط پرستار مجاز انجام شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ست انمای یک بار مصرف که شامل ظرف محلول و لوله است
- ژل نرم کننده محلول در آب
- محلول انما طبق دستور پزشک برای بزرگسالان: ۱۰۵-۱۱۰°F (۴۰-۴۳°C). مقدار: محلول متفاوت و بستگی به نوع محلول، سن، و توانایی بیمار برای نگهداشتن محلول دارد.
- حرارت‌سنج آب حمام
- میانگین مقدار محلول جهت انمای پاک‌کننده در بزرگسالان ۷۵۰-۱۰۰۰mL است.
- وسایل اضافی دیگر (طبق دستور)
- دستمال کاغذی
- درجه حرارت حمام (در صورت در دسترس بودن)
- پتوی حمام
- حوله کاغذی
- پد ضد آب
- لگن و دستمال توالت
- پایه سرم
- دستکش یک بار مصرف
- لیف حمام، صابون و حوله
- PPEهای اضافی، در صورت نیاز

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور انما را بررسی نمایید. وسایل را جمع‌آوری کنید.	بررسی دستور پزشک برای اطمینان از اینکه انمای صحیح برای همان بیمار مورد نظر انجام می‌گیرد، ضروری است. چیدن و وصل نمودن وسایل امکان انجام کار به صورت سازمان‌دهی شده را می‌دهد.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - روش کار را برای بیمار توضیح دهید و دلیل منطقی جهت نیاز وی به تیوب بیاورید. در مورد ناراحتی‌هایی که ممکن است در حین ورود لوله و مایع برای بیمار رخ دهد توضیح دهید. به هر سؤالی که لازم است پاسخ دهید.	توضیح دادن سبب همکاری بیشتر و کاهش اضطراب بیمار می‌گردد.
۵ - وسایل را روی میز بیمار و در دسترس قرار دهید.	قرار دادن وسایل در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در وقت و جلوگیری از کشش و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.
۶ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره چگونگی اجابت مزاج بیمار، با او صحبت کنید. یک لگن یا ظرف را آماده کرده و توالت را برای استفاده آماده نمایید.	این امر خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن به بیمار سبب رفع اضطراب بیمار شده و همکاری وی را تسهیل می‌کند. بیماری که با روش کار آشنایی دارد، در هنگام نیاز به اجابت مزاج بهتر می‌تواند همکاری نماید. اجابت مزاج معمولاً ظرف ۵ تا ۱۵ دقیقه صورت می‌گیرد.
۷ - محلول گرم را به مقدار دستور داده شده با ترمومتر حمام (در صورتی که در دسترس است) کنترل کنید. اگر ترمومتر حمام در دسترس نیست اندازهٔ درجه حرارت آب مطابق با حرارت اتاق یا کمی بالاتر از آن باشد و با قسمت داخل مچ دست آن را کنترل کنید. در صورتی که از آب لوله استفاده می‌کنید درجه حرارت درست همان مقداری است که از شیر آب خارج می‌شود (شکل ۱).	محلول گرم از لرز بیمار جلوگیری می‌کند و باعث آسایش بیمار می‌شود. محلول سرد موجب گرفتگی و محلول خیلی گرم موجب تروما مخاط روده می‌شود.
۸ - محلول تنقیه را داخل ظرف بریزید. قبل از انجام کار، کلمپ را باز کنید و اجازه دهید تا مایع از لوله عبور کند، سپس مجدداً کلمپ کنید.	این امر موجب پاکسازی لوله از هوا می‌گردد. گرچه ورود هوا به روده مضر نیست ولی ممکن است موجب نفع روده شود.



شکل ۱. آماده‌کردن کیسه انما.



شکل ۲. قراردادن ظرف محتوی محلول تا ۱۸ اینچ بالاتر از بیمار.

کار

۹ - تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم کنید. ارتفاع مطلوب تخت معمولاً در سطح آرنج پرستار است. بیمار را بر روی پهلوی چپ بخوابانید (پوزیشن Sim's). ملحفه را تا حدی بر روی بیمار بپوشانید که دسترسی به ناحیه مقعد بیمار امکان‌پذیر باشد، در صورت نیاز بیمار را با یک پتوی حمام برای حفظ گرما بپوشانید. زیر بیمار یک پارچه ضد آب قرار دهید.

دلیل: تنظیم تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی عضلات کمر و پشت جلوگیری می‌کند. پوزیشن Sim's سبب تسهیل در جریان یافتن محلول به واسطه نیروی جاذبه به داخل رکتوم و کولون می‌گردد و احتباس محلول در روده را به حداکثر می‌رساند. قراردادن ملحفه بر روی بیمار از مواجهه غیرضروری بدن بیمار جلوگیری کرده و گرمی و راحتی را برای بیمار فراهم می‌آورد. ملحفه ضد آب از تخت محافظت خواهد کرد.

۱۰ - دستکش‌ها را بپوشید.

دلیل: این عمل از پرستار در برابر میکروارگانیسم‌های موجود در مدفوع محافظت می‌کند.

۱۱ - محلول تنقیه را ۴۵ سانتی‌متر (۱۸ اینچ) بالاتر از مقعد بیمار قرار دهید (شکل ۲). محلول را آهسته در مدت ۱۰-۵ دقیقه تنقیه کنید. ظرف محتوی محلول ممکن است از پایهٔ سرم آویزان شود یا در دست‌های پرستار در ارتفاع مناسب نگه داشته شود.

دلیل: نیروی جاذبه به ورود محلول به داخل روده کمک می‌کند. مقدار فشار، میزان جریان را تعیین می‌کند و فشار روی دیواره روده منتقل می‌شود. دادن سریع محلول موجب نفخ و فشار به روده می‌گردد. در نتیجه محلول به بیرون ریخته می‌شود و دفع مدفوع بسیار کم خواهد بود. غشاء مخاطی آسیب می‌بیند.

۱۲ - ژل را حدود ۷-۵ سانتی‌متر (۳-۲ اینچ) به انتهای لوله رکتال بمالید. ممکن است که ست‌های مخصوص تنقیهٔ یک بار مصرف لوله رکتال به ژل آغشته شده، موجود باشد.

دلیل: این امر عبور لوله رکتال از طریق اسفنکتر مقعد را آسان می‌کند و از ایجاد صدمه به غشاء جلوگیری می‌نماید.

۱۳ - باسن را برای نمایان‌شدن مقعد کنار بکشید. از بیمار بخواهید که چند نفس عمیق بکشد. آهسته و به تدریج لوله رکتال را ۱۰-۷ سانتی‌متر (۴-۳ اینچ) وارد کنید. مستقیماً آن را به طرف ناف هدایت کنید (شکل ۳).

دلیل: مشاهده خوب مقعد، موجب پیشگیری از صدمه به بافت می‌گردد. کانال مقعد حدود ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متر (۲-۱ اینچ) طول دارد. لوله باید از اسفنکتر داخلی عبور کند. واردکردن بیشتر ممکن است موجب آسیب غشاء مخاطی روده گردد. زاویه پیشنهادی مانند طرح طبیعی روده است. واردکردن آهسته لوله موجب کمترین اسپاسم دیواره روده و اسفنکترها خواهد شد. تنفس عمیق به شل‌شدن اسفنکترهای خروجی مقعد کمک می‌کند.



شکل ۳. واردکردن لوله انما به داخل مقعد، مستقیم به طرف ناف بیمار



شکل ۴. پایین نگه داشتن محلول برای آهسته وارد شدن محلول انما

کار

۱۴ – اگر به هنگام قراردادن لوله مقاومتی وجود دارد اجازه دهید مقداری محلول وارد شود، لوله را کمی به آهستگی عقب بکشید. سپس عمل جاگذاری لوله را ادامه دهید. نباید لوله را به زور وارد کنید. از بیمار بخواهید نفس‌های عمیق بکشد.

۱۵ – در عرض ۱۰–۵ دقیقه به آرامی محلول را وارد کنید. لوله را تمام مدت نگه دارید تا محلول کاملاً خالی شود. مراقبت سرگیجه و احساس سبکی سر، تهوع، تعریق زیاد و چسبندگی و رطوبت پوست هنگام انجام مراحل کار باشید و با ظهور هر یک از علایم فوق فوراً کار را متوقف کرد، ضربان قلب و فشارخون بیمار را اندازه‌گیری کرده و به پزشک مربوطه گزارش دهید.

دلیل

مقاومت ممکن است به علت اسپاسم روده یا باز نشدن اسفنکتر باشد. محلول ممکن است بر کاهش اسپاسم و شُل‌شدن اسفنکتر کمک کند و موجب عبور لوله گردد. ممکن است با فشار واردکردن لوله موجب صدمه به دیواره روده گردد. تنفس عمیق به شل‌شدن اسفنکتر مقعد کمک می‌کند.

آرام واردکردن محلول به پیشگیری از نفخ روده و احساس دفع شدید کمک می‌کند. انجام این مراقبت امکان بررسی پاسخ عصب واگ را می‌دهد. زیرا انما نمی‌تواند محرک عصب واگ باشد که موجب افزایش تحریک پاراسمپاتیک و کاهش ضربان قلب می‌گردد.

۱۶ – در صورتی که بیمار تمایل به دفع دارد یا هنگامی که کرامپ رخ داده، لوله یا پایین ظرف را کلمپ کنید (شکل ۴). از بیمار بخواهید که تنفس‌های کوتاه و سریع انجام دهد و یا نفس‌نفس بزند.

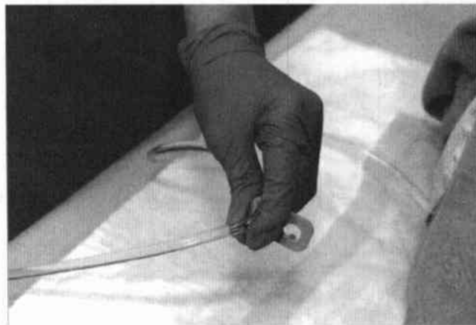
این تکنیک‌ها به شل‌شدن عضلات کمک کرده و از بیرون ریخته‌شدن محلول قبل از زمان معین پیشگیری می‌کنند.

۱۷ – پس از اینکه محلول وارد شد، لوله را کلمپ کنید (شکل ۵) و آن را خارج نمایید. از دستمال توالت برای بیرون کشیدن لوله استفاده کنید.

پیچیدن لوله در دستمال، از ریختن محلول به بیرون جلوگیری می‌کند.

۱۸ – بیمار را در وضعیت راحت قرار دهید بیمار را تشویق کنید که ۱۵–۵ دقیقه خود را نگهدارد. مطمئن شوید که ملحفه‌های زیر بیمار خشک است. دستکش‌هایتان را خارج کنید و مطمئن شوید که روی بیمار پوشیده است.

راحتی بیمار افزایش می‌یابد. این مقدار از زمان اجازه می‌دهد که انقباض عضلات به خوبی انجام شده و نتایج بهتری حاصل شود. خارج کردن دستکش‌های آلوده از انتشار میکروارگانیزم‌ها جلوگیری می‌کند.



شکل ۵. کلمپ کردن لوله قبل از خارج کردن آن.



شکل ۶. دادن دستمال توالت به بیماری که روی لگن کنار تخت قرار دارد.

کار	دلیل
۱۹ - نرده‌های کنار تخت را بالا ببرید. تخت را در وضعیت پایین قرار دهید و سر تخت را در وضعیت مناسب قرار دهید.	ایمنی بیمار را افزایش می‌دهد.
۲۰ - PPEهای اضافی را در صورت استفاده، خارج نمایید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۲۱ - هنگامی که بیمار احساس دفع شدید می‌کند، او را به طور مناسبی در وضعیتی نشسته روی لگن قرار دهید یا به او در استفاده از لگن کنار تخت یا رفتن به توالت کمک کنید (شکل ۶). در کنار او بمانید یا زنگ هشدار دهنده را در دسترس او قرار دهید.	عمل دفع در وضعیت نشسته که به طور معمول برای دفع صورت می‌گیرد، راحت‌تر صورت می‌پذیرد. استفاده از لگن کنار تخت مناسبتر است.
۲۲ - به بیمار یادآوری کنید تا زمانی که پرستار نتایج انما را مشاهده نکرده، لگن را خالی نکند.	لازم است پرستار نتایج را مشاهده و ثبت کند. به علاوه اگر پزشک دستور انمای پاک‌کننده داده باشد ممکن است نیاز به انمای مجدد باشد.
۲۳ - دستکش بپوشید و اگر لازم است به بیمار کمک کنید تا ناحیه مقعد را پاک کند. صابون، آب و لیف حمام را در اختیار بیمار قرار دهید تا دست‌های خود را بشوید. دستکش‌ها را خارج کنید.	این عمل میکروارگانیسم‌ها را از بین می‌برد. دستکش‌ها سبب ممانعت از تماس با آلودگی‌ها و مایعات بدن می‌شوند.
۲۴ - بیمار را تمیز نموده و در وضعیت راحتی قرار دهید. وسایل را به دقت تمیز نموده و جمع‌آوری نمایید.	باکتری‌های زیادی وجود دارند که در روده رشد می‌کنند و در صورتی که به درستی از وسایل مراقبت نشود می‌توانند از این طریق به دیگران منتقل شوند.
۲۵ - دست‌های خود را بشویید.	شستن دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی ها

میزان و نوع محلول انمای مورد استفاده؛ میزان، قوام و رنگ مدفوع؛ ارزیابی و درجه درد؛ ارزیابی منطقه‌ی پرینال برای هرگونه آسیب، ترشح، خونریزی؛ و واکنش بیمار به فرآیند را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- زمانی که محلول وارد مقعد نمی‌شود: وضعیت لوله مقعدی را تغییر دهید. اگر محلول وارد نمی‌شود لوله را خارج کنید و از نظر وجود مواد مدفوعی بررسی کنید.
- بیمار نمی‌تواند محلول انما را به اندازه کافی نگاه دارد: ممکن است بیمار در حالی که انما می‌شود نیاز به لگن در تخت داشته باشد. برای راحتی بیمار می‌توان سر تخت را ۳۰ درجه بالا آورد.
- بیمار مقدار زیاد محلول را نمی‌تواند تحمل کند: در صورت شکایت بیمار از درد ممکن است مقدار و مدت زمان تجویز انما تعدیل شود.
- همزمان با ورود محلول انما بیمار از کرامپ شدید شکایت دارد: ظرف محلول انما را پایین بیاورید و درجه حرارت و میزان ورود محلول را کنترل کنید. در صورتی که محلول سرد باشد یا سرعت ورود محلول زیاد باشد موجب کرامپ می‌گردد.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- در بیمارانی که دچار سرکوب مغز استخوان هستند و یا در معرض خطر ابتلا به آن و همچنین موکوزیت می‌باشند، نباید از محلول‌های مقعدی استفاده کرد و یا اقداماتی را همانند انما بر روی آنها انجام داد. انجام این مداخلات در چنین بیمارانی می‌تواند منجر به بروز خونریزی، فیشرهای مقعدی و یا آبسه شود که محل‌های اصلی ورود عفونت به بدن می‌باشند.
- چنانچه بیمار درد شدیدی داشته باشد یا محلول از اطراف لوله خارج شود، انما دادن را قطع کنید. به مدت ۳۰ ثانیه تا یک دقیقه صبر کنید. سپس با سرعت کمتری محلول را وارد کنید. اگر علایم وجود دارد انما را قطع و به پزشک اطلاع دهید.
- اگر انمای پاک‌کننده دستور داده شده، برای انجام بیش از سه بار آن را با پزشک مشورت کنید. چون ممکن است عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها ایجاد شود. زمانی که در مایع برگشتی انما، هیچ مدفوعی وجود نداشته باشد روده پاک محسوب می‌شود. محلول ممکن است رنگی باشد اما روده پاک محسوب می‌شود.

ملاحظات مربوط به نوزادان وکودکان

- وقتی به یک کودک انما می‌دهید از محلول ایزوتونیک استفاده کنید. آب ساده به دلیل اینکه هیپوتونیک می‌باشد و می‌تواند موجب جذب آب زیاد به بدن و افزایش آب بدن گردد استفاده نمی‌شود.
- مقدار مناسب حجم مایع برای انما به شرح زیر است.

  نوزادان: ۲۴۰-۱۲۰ میلی‌لیتر

  ۲ تا ۴ سال: ۳۶۰-۲۴۰ میلی‌لیتر

  ۴ تا ۱۰ سال: ۴۸۰-۳۶۰ میلی‌لیتر

  ۱۱ سال: ۷۲۰-۴۸۰ میلی‌لیتر
- لوله را حدود ۷/۵-۵ سانتی‌متر در کودکان و ۲/۵ سانتی‌متر در نوزادان وارد مقعد کنید.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- بیماران مسن یا ناتوان که قادر به نگهداشتن محلول تنقیه نیستند باید در حالی که روی لگن در وضعیت خوابیده به پشت قرار دارند، تنقیه شوند. در صورت لزوم برای راحتی می‌توان سر تخت را ۳۰° بالا قرار داد و از بالش مناسب نیز می‌توان استفاده کرد.

روش کار ۲-۱۲ شستن لوله بینی معده‌ای متصل به دستگاه ساکشن

نکات قابل توجه

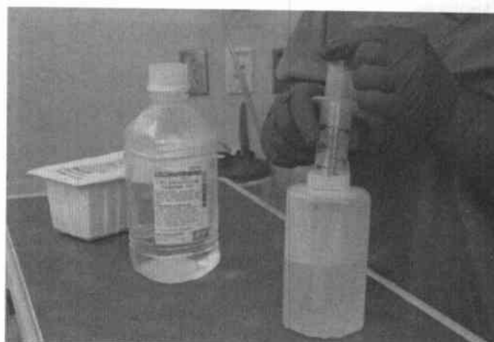
شستشوی لوله بینی معده‌ای باید توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- لوله بینی معده‌ای متصل به دستگاه ساکشن مداوم یا متناوب
- وسایل شستشو (سرنگ آسپیتویا تومی و ظرفی جهت محلول شستشو) یا کاپ و سرنگ طرح کاتتر ۶۰ میلی.
- آب یا محلول نرمال سالین برای شستشو
- پد یک بار مصرف یا حوله حمام
- کلمپ
- دستکش یک بار مصرف
- کاغذ pH سنج
- رسیور مخصوص استفراغ
- وسایل محافظت‌کننده شخصی (PPEs) اضافی، در صورت لزوم
- چسب اندازه‌گیری کننده، یا دیگر وسایل اندازه‌گیری

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک یا رویه‌ی مرکز درمانی را در خصوص تکرار شستشو، نوع محلول و مقدار شستشو چک کنید. وسایل مورد نیاز را جمع کنید. تاریخ انقضاء، محلول نمکی و سایر وسایل شستشو را کنترل کنید.	به این ترتیب برنامهٔ کار و محلول شستشو مشخص می‌گردد. این کار سبب انجام وظایف سازمان یافته می‌شود. با استفاده از خط مشی مؤسسه با اطمینان خاطر می‌توان از وسایل استفاده نمود.
۲ - دست‌هایتان را بشویید. در صورت لزوم PPE بپوشید.	شستن دست‌ها و پوشیدن دستکش از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که بیمار صحیح مداخلات صحیحی را بر طبق دستور پزشک دریافت می‌کند.
۴ - روش کار و دلیل اجرای آن را برای بیمار توضیح دهید. ارزیابی شکم را به طوری که در بالا توضیح داده شد انجام دهید.	توضیح دادن سبب همکاری بیشتر بیمار می‌شود. به دلیل تغییر در وضعیت بیمار ارزیابی شکم قبل از شروع مداخلات لازم است.
۵ - وسایل را روی میز بیمار و در دسترس قرار دهید.	این کار سبب می‌شود وظیفه خود را به صورت سازمان یافته انجام دهید.



شکل ۱. کشیدن محلول سالین.



شکل ۲. کلمپ نمودن لوله ساکشن هنگام جدا کردن از لوله بینی معدی.

کار

۶ - پردهٔ کنار تخت را بکشید. تخت را در وضعیت راحتی بالا بیاورید، معمولاً تا ارتفاع آرنج پرستار به بیمار کمک کنید تا در وضعیت ۴۵-۳۰ درجه قرار بگیرد، مگر اینکه محدودیتی داشته باشد. محلول شستشو را داخل ظرف بریزید.

دلیل: خلوت بیمار حفظ می‌شود. بالاآوردن تخت سبب ارتقاء راحتی بیمار و حفظ مکانیسم بدن پرستار می‌شود. این وضعیت خطر آسپیره کردن را به حداقل می‌رساند. آماده‌سازی برای شستشو برای انجام وظایف بصورت سازمان یافته است.

۷ - دستکش بپوشید. جاگذاری لوله‌ی بینی - معده‌ای را بررسی کنید. یک پد ضد آب روی سینه بیمار زیر محل اتصال لوله بینی، معده‌ای با ساکشن قرار دهید.

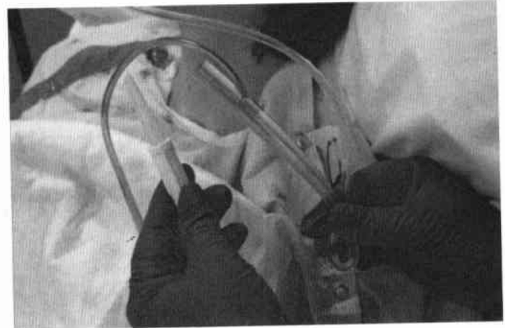
دلیل: دستکش‌ها از تماس با مایعات بدن جلوگیری می‌کند. پد ضد آب لباس‌ها و ملحفه تخت بیمار را از نشت تصادفی مایع معده محافظت می‌کند. بررسی محل قبل از تزریق مایع برای جلوگیری از تزریق تصادفی به راه هوایی، اگر لوله جابجا شده باشد، ضروری است.

۸ - ۳۰ میلی‌لیتر از محلول نمکی (یا میزانی که پزشک دستور داده است) را به داخل سرنگ بکشید (شکل ۱).

دلیل: با این کار میزان مشخصی از محلول شستشو وارد لوله می‌شود. محلول نمکی الکترولیت‌هایی را که از طریق ترشحات لوله بینی - معده‌ای از دست می‌رود، را جبران می‌کند.

۹ - لوله ساکشن را نزدیک محل اتصالش به لوله بینی - معده‌ای کلمپ کنید. لوله را از دستگاه ساکشن جدا کنید (شکل ۲) و روی یک پد یا حوله یک بار مصرف قرار بدهید یا هر دو لوله را با دست غیرغالب خود به طور عمودی نگه دارید (شکل ۳).

دلیل: این عمل بیمار را از نشت ترشحات تخلیه شده توسط لوله بینی معده‌ای محافظت می‌نماید.



شکل ۳. نگه داشتن هر دو لوله به طور عمودی جهت پیشگیری از برگشت ترشحات.



شکل ۴. تزریق محلول شستشو به آرامی به داخل لوله NG.



شکل ۵. تزریق ۱۰ تا ۲۰ میلی‌لیتر هوا وارد لوله کرده.

کار

۱۰ - نوک سرنگ را در لوله قرار بدهید. چنانچه از مخزن (Salem) یا لوله دو مجرایی استفاده می‌شود باید مطمئن شوید که نوک سرنگ در محل تخلیه ترشحات قرار گرفته است و در منفذ خروجی هوا نمی‌باشد. سرنگ را به طور عمودی نگه دارید و به آرامی محلول شستشو را وارد کنید (شکل ۴) (یا اجازه دهید که محلول براساس نیروی جاذبه زمین جریان پیدا کند البته اگر این کار در مرکز درمانی شما مجاز است یا پزشک دستور داده است). محلول را با فشار به داخل لوله وارد نکنید.

۱۱ - اگر قادر به شستن لوله نیستند، وضعیت بیمار را تغییر دهید و سعی کنید دوباره شستشو بدهید. ۲۰-۱۰ میلی‌لیتر هوا تزریق کنید (شکل ۵) و سپس مجدداً آسپیره نمایید. اگر تلاش مجدد شما برای شستشو با شکست مواجه شد به پزشک اطلاع بدهید یا از خط مش مؤسسه پیروی کنید.

دلیل

آرام واردکردن محلول سالین (و یا بر اساس نیروی جاذبه) باعث ایجاد آسیب کمتری به مخاط معده می‌شود. منفذ خروج هوا سبب کاهش فشار معده در هنگامی که ساکشن به لوله دو مجرایی متصل می‌شود، می‌گردد (salem) یا لوله دو مجرایی برای شستشو استفاده نمی‌شود.

لوله ممکن است روی مخاط معده قرار گرفته باشد، که عمل شستشو را دشوار می‌سازد. تزریق هوا ممکن است سبب تغییر وضعیت انتهای لوله بشود.

کار	دلیل
۱۲ – پس از واردکردن محلول شستشو، جریان بازگشت ترشحات تخلیه شده را به داخل ظرف مشاهده کنید. به طور متناوب ممکن است پرستار لوله بینی – معدی را به ساکشن متصل کند و بازگشت ترشحات را هنگامی که وارد ظرف ساکشن می‌شود مشاهده نماید. تزریق هوا به داخل راه هوایی بعد از اتمام شستشو انجام شود. راه هوایی بالای معدهٔ بیمار قرار می‌گیرد.	محلول بازگشتی ممکن است در یک ظرف شستشو یا دیگر ظروف قابل دسترس جمع‌آوری شود و سپس اندازه‌گیری شود. جهت ثبت صحیح ترشحات تخلیه شده باید ترشحات بازگشتی را از میزان مایعی که جهت شستشو استفاده شده کم نمود. از خط مشی مؤسسه برای راهنمایی استفاده کنید.
۱۳ – در صورتی که از قبل انجام نشده است. پورت درناژ را در صورت دستور به ساکشن وصل کنید.	در صورت دستور اجازه‌ی ادامه‌ی برداشت محتویات معده را می‌دهد.
۱۴ – تزریق هوا به داخل راه هوایی بعد از اتمام شستشو انجام شود. راه هوایی بالای معده بیمار قرار دارد.	شستشو را دنبال کنید، تزریق هوا، به راه هوایی برای تمیز کردن آن است. قرار دادن راه هوایی بالای معده‌ی بیمار از نشت محتویات معده به لوله‌ی NG جلوگیری می‌کند.
۱۵ – دستکش‌ها را در آورید. تخت را پایین بیاورید به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار بگیرد. دست‌ها را بشویید.	پایین آوردن تخت و کمک به بیمار برای قرارگرفتن در وضعیت راحت سبب ارتقاء امنیت و راحتی بیمار می‌شود.
۱۶ – دستکش بپوشید. میزان و ماهیت محلول شستشو و محلول برگشتی را اندازه‌گیری و ثبت نمایید. چنانچه وسایل یک بار مصرف نیستند آنها را بشویید. برچسبی که شامل نام بیمار، شماره اتاق و تاریخ و هدف (مثلاً گذاشتن NGT، شستشوی NGT) باشد را روی وسایل قرار بدهید.	دستکش از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کند. محلول شستشوی که وارد لوله می‌شود به عنوان میزان جذب و محلول برگشتی به عنوان میزان دفع از بدن ثبت می‌شود. این کار باعث تمیزی، کنترل عفونت و آمادگی وسایل برای شستشوی بعدی می‌گردد.
۱۷ – دستکش‌ها و PPEهای دیگر را در صورت استفاده درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. شستن دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی شکم بیمار را یادداشت کنید. در صورتیکه لوله‌ی NG به کلمپ و یا به ساکشن متصل است، آن را ثبت و نوع ساکشن را ذکر کنید. رنگ و قوام درناژ NG را یادداشت کنید. نوع محلول و میزان شستشوی لوله NG، همچنین سهولت شستشو یا در صورتی که مشکلی در انجام فرآیند نبوده آن را ثبت کنید. میزان مایع شستشوی برگشتی را در صورتی که محتویات ساکشن جمع آوری شده آن را ثبت کنید. به طور متناوب، میزان محلول شستشو را ثبت کنید تا بتوان از میزان درناژ کل NG در آخر شیفت آن را تفریق کنید. واکنش بیمار به فرآیند و هرگونه آموزش تکرار شده را ثبت کنید، همچون آموزش بیمار برای تماس با پرستار در هرگونه احساس تهوع، نفخ یا درد شکم.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- محلول شستشو هنگام فشار دادن پیستون با کمی مقاومت وارد می‌شود: سعی کنید ۲۰ تا ۳۰ میلی‌لیتر هوا داخل شکم تزریق کنید تا وضعیت لوله تغییر کند و بتوانید لوله را شستشو بدهید.
- متصل نمودن لوله به ساکشن دستور داده شده، اما هیچ ترشحی از لوله وجود ندارد. ابتدا دستگاه، ساکشن را بررسی نمایید تا مطمئن شوید که دستگاه به درستی کار می‌کند. لوله بینی معدی را از ساکشن جدا کنید و انگشت شست خود را بر روی انتهای لوله ساکشن قرار دهید. چنانچه ساکشن انجام می‌شود، مشکل در لولهٔ بینی معدی وجود دارد. در آینده، سعی کنید لوله را شستشو دهید تا از بازبودن لوله‌ها مطمئن شوید.
- بعد از شستشوی لوله، طبق دستور پزشک مجدداً لوله به ساکشن وصل نمی‌شود: سریع متصل ننمودن لوله به ساکشن اشتباه به نظر می‌رسد. شکم را از جهت نفخ بررسی کنید و از بیمار در رابطه تهوع و ناراحتی شکم سؤال کنید. برگهٔ گزارش مؤسسه را همانند گزارش یک واقعه پر کنید.

ملاحظات خاص

- دریچه‌ی ضد ریفلاکس یکطرفه ممکن است در لومن راه هوایی برای جلوگیری از ریفلاکس محتویات معده از طریق لومن راه هوایی استفاده شود (شکل ۵ را ببینید). هنگامی که فشار از محتویات معده وارد لوله‌ی راه هوایی می‌شود، دریچه برای ممانعت از خروج ترشحات لوله بسته می‌شود. این دریچه پیش از برداشته شدن با جریان هوا شستشو داده شده سپس جایگذاری می‌شود.
- اندازه‌گیری کربن دی‌اکسید نشان می‌دهد لوله معده در محل صحیح قرار دارد و این اندازه‌گیری شامل استفاده از کاپنوگراف یا کالرومتر می‌باشد که میزان بالا و پایین رفتن CO_2 را می‌سنجد و درصد آن را نشان می‌دهد.

روش کار ۳-۱۲ تعویض یا تخلیهٔ کیسه استومی

نکات قابل توجه

تعویض یا تخلیه کیسه استومی می‌تواند توسط پرستار مجاز انجام گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- کیسهٔ استومی
- کلمپ جهت بستن
- توالت یا لگن
- پد یک بار مصرف
- لیف حمام یا گلوله پنبه‌ای
- PPE اضافی، در صورت لزوم
- رسیور با آب گرم
- مواد پاک‌کننده
- گاز چهار گوش
- محافظ پوست
- کمربند اوستومی (اختیاری)
- حوله یا دستمال کاغذی
- راهنمای اندازه‌گیری استوما
- کیسه زباله پلاستیکی کوچک
- دستکش یک بار مصرف
- ظرف مدرج

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل را جمع‌آوری کنید.	آماده نمودن وسایل موجب سازماندهی کارها می‌گردد.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری به عمل می‌آورد. PPE براساس نوع روش پیشگیری از انتشار عفونت، انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که می‌خواهید انجام دهید و چگونگی انجام دادن آن با بیمار صحبت کنید. در صورت امکان، بیمار را تشویق کنید که روش انجام کار را مشاهده نماید.	این عمل، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن به بیمار، اضطراب وی را رفع نموده و همکاری وی را تسهیل می‌نماید. بحث و صحبت با بیمار در به حداقل رساندن اضطراب وی نقش اساسی دارد. اجازه دادن به بیمار برای مشاهده روش کار یا همکاری در انجام آن، پذیرش وی را نسبت به این اقدام افزایش می‌دهد.
۵ - وسایل را مرتب روی میز بیمار به نحوی که در دسترس باشد قرار دهید.	قرار دادن وسایل در دسترس پرستار سبب صرفه‌جویی در وقت و جلوگیری از کشش و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.

کار

۶ –کمک کنید تا بیمار در وضعیت خوابیده یا نشسته به طور راحت قرار گیرد یا آنکه در حالت نشسته یا ایستاده در توالت قرار گیرد. تخت را تا ارتفاع مناسبی برای انجام کار بالا آورید. ارتفاع مطلوب معمولاً در سطح آرنج پرستار است یک پد ضد آب زیر محل استومی قرار دهید.

دلیل

قرارگرفتن بیمار باید طوری باشد که انجام کار را ببیند تا آن را یاد بگیرد و در مواقع لزوم انجام دهد. وضعیت نشسته یا خوابیده موجب انجام کار راحت‌تر با کیسه می‌شود. قرار دادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی کمر و عضلات جلوگیری می‌کند.

خالی‌کردن کیسه

۷ – دستکش یک بار مصرف بپوشید. کلمپ را بردارید و انتهای کیسه را به شکل قیف در بیاورید (شکل ۱).

پوشیدن دستکش محافظی در برابر میکروارگانیسم‌ها، خون و مایعات بدن می‌باشد. ایجاد یک قیف برای خالی‌کردن کیسه از آلودگی و بوی بیشتر جلوگیری می‌کند.

۸ – محتویات را به داخل یک لگن، توالت یا وسیله اندازه‌گیری خالی کنید (شکل ۲).

شستشو موجب تمیزی ظاهر کیسه شده و بو را کاهش می‌دهد.

۹ – پنج سانتی‌متر پایین کیسه را با دستمال توالت خشک کنید (شکل ۳). لبه‌های کیسه را از حالت قیف خارج کنید.

خشک کردن قسمت پایین مواد مدفوعی و بو را کاهش می‌دهد.

۱۰ – مجدداً آن را کلمپ کنید. اطمینان حاصل کنید که خط امتداد کلمپ در امتداد خط تا خوردگی شکم بیمار باشد. دستکش‌ها را خارج کنید. به بیمار کمک کنید در وضعیت راحتی قرار گیرد.

لبه کیسه باید تمیز باقی بماند. کلمپ باعث بسته‌شدن انتهای کیسه می‌گردد. شستن دست از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. از راحتی بیمار مطمئن می‌شوید.

۱۱ – اگر لزومی به تعویض کیسه نیست، PPE اضافی را در صورت استفاده، خارج کنید. دست‌های خود را بشویید.

درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

تعویض کیسه

۱۲ – یک پد یک بار مصرف روی سطح کار قرار دهید. رسیور با آبگرم و مواد پاک‌کننده را در دسترس قرار دهید. یک کیسه زباله در دسترس باشد.

محافظت از سطح. سازماندهی اجرای کار را تسهیل می‌کند.

۱۳ – دستکش تمیز بپوشید. یک پارچه ضد آب زیر بیمار در ناحیه استوما قرار دهید. کیسه را به روشی که گفته شد تخلیه کنید.

از مرطوب شدن ملحفه‌ها و بیمار جلوگیری می‌شود. خالی‌کردن محتویات قبل از برداشتن کیسه از ریخته‌شدن احتمالی مواد مدفوعی جلوگیری می‌کند.

۱۴ – از بالای کیسه شروع کنید و پوست ناحیه شکم را کشیده نگهدارید. در حالی که پوست شکم را فشار می‌دهید، شروع به جداکردن آهسته کیسه کنید. اگر هرگونه مقاومتی احساس کردید از آب گرم یا حلال‌های چسب با اسپری کردن یا پاک کردن برای راحت‌تر جداشدن کیسه استفاده کنید (شکل ۴).

دقت در جداکردن کیسه از پوست ناراحتی بیمار را به حداقل می‌رساند و از آسیب پوست جلوگیری می‌کند. در صورت وجود مقاومت برای جداکردن کیسه از حلال یا آبگرم استفاده شود.



شکل ۱. برداشتن کلمپ و آماده‌شدن برای تخلیه کیسه.



شکل ۲. خالی‌کردن کیسه به داخل یک ظرف مدرج.



شکل ۳. خشک‌کردن حدود ۵ سانتی‌متر پایین کیسه توسط دستمال توالت.



شکل ۴. جداکردن کیسه.

کار

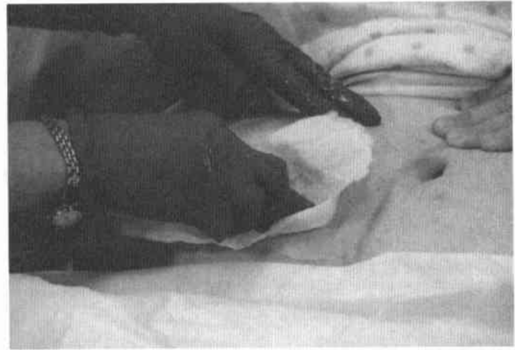
۱۵ - کیسه استومی را اگر یک بار مصرف است در کیسه زباله قرار دهید. اگر قابل استفاده مجدد است با آبگرم و صابون شسته و اجازه دهید در معرض هوا خشک شود پس کیسه جدید را در محل قرار دهید.

۱۶ - برای خارج‌کردن هرگونه مواد مدفوعی استوما، از دستمال توالت استفاده کنید (شکل ۵). استوما را با گاز بپوشانید. پوست اطراف استوما را بشویید و خشک کنید. از صابون، آبگرم و لیف استفاده کنید. چسب را از روی پوست پاک کنید. هیچ لوسیونی به اطراف استوما نزنید.

دلیل

شستشو و در معرض هوا قرار دادن بوی کیسه را کاهش می‌دهد. برای پیشگیری از عفونت باید کیسه استفاده شده به طرز صحیحی منهدم شود.

دستمال توالت باید به آرامی استفاده شود به نحوی که به استوما صدمه نزند. گذاشتن گاز روی استوما، هنگام تمیزکردن پوست هرگونه ترشحی را جذب می‌کند. تمیزکردن پوست چسب باقیمانده را از بین می‌برد. استفاده از سایر مواد ممکن است موجب آسیب پوست گردد. لوسیون از چسبندگی مناسب کیسه جلوگیری می‌کند.

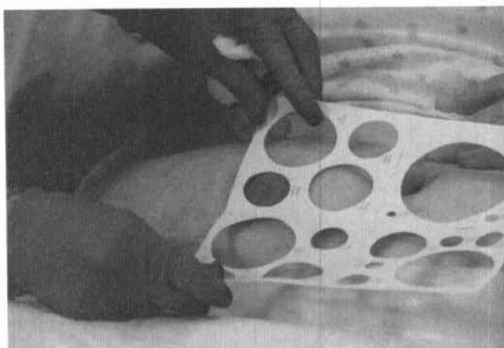


شکل ۵. استفاده کردن از دستمال توالت برای پاک‌کردن اطراف استوما.



شکل ۶. بررسی استوما و پوست اطراف آن.

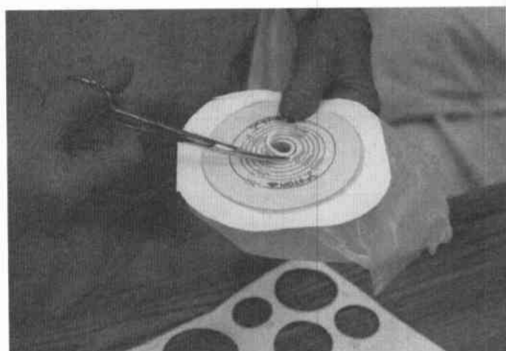
کار	دلیل
۱۷ – ناحیه را به آرامی خشک کنید. مطمئن شوید که پوست اطراف استوما کاملاً خشک است. استوما و پوست اطراف استوما را بررسی کنید (شکل ۶).	خشک‌کردن دقیق پوست از ایجاد تروما به استوما و پوست جلوگیری می‌کند. استفاده صحیح کیسه به سلامت پوست کمک می‌کند. هر تغییری در رنگ و اندازه استوما ممکن است نشانه مشکلات مربوط به گردش خون باشد.
۱۸ – از محافظ پوست تا ۵ سانتی‌متر دور استوما استفاده کنید و اجازه دهید تا کاملاً خشک شود برای این کار ۳۰ ثانیه وقت لازم است.	محافظ پوست از آسیب پوست در اثر کیسه و چسب جلوگیری می‌کند. پوست باید کاملاً خشک شود تا کیسه به خوبی به محل بچسبد و نشت نداشته باشد.
۱۹ – گاز را باز کرده روی استوما قرار دهید. اندازه استوما را با استفاده از راهنمای اندازه‌گیری انتخاب کنید (شکل ۷). گاز را بردارید. همان اندازه دایره‌وار را در پشت و مرکز کیسه رسم کنید یا علامت بزنید (شکل ۸). با استفاده از قیچی $\frac{۱}{۸}$ اینچ بزرگ‌تر از اندازه استوما دهانه کیسه را ببرید (شکل ۹). بعد از بریدن قسمت چسبدار، با یک انگشت به نرمی لبه‌های آن را بمالید تا صاف شود.	بریدن دهانه استوما کمی بزرگ‌تر از استوما موجب قرارگرفتن کیسه در اطراف استوما می‌گردد. کوچک بریدن آن موجب ضربه به استوما و بزرگ بریدن آن موجب تحریک پوست توسط مدفوع می‌گردد. دهانه‌ی بریدگی باید کاملاً با استوما منطبق و حدود $\frac{۱}{۸}$ اینچ بزرگتر باشد که فقط پوست اطراف آن قابل دید باشد. لبه‌های قسمت چسبدار ممکن است خوب نچسبد و ناهموار باشد که موجب تحریک و سوزش می‌شود و گاهی با فشار همراه است.
۲۰ – پوشش روی قسمت چسب‌دار را بردارید (شکل ۱۰). گاز را از روی استوما بردارید. به آرامی محافظ و کیسه را روی استوما قرار دهید و فوراً به طرف پوست آن را فشار دهید در حالی که چین و چروک اطراف را صاف می‌کنید (شکل ۱۱) به مدت ۳۰ ثانیه آن را فشار دهید.	کیسه زمانی مؤثر است که به درستی در محل چسبانده شود. فشار به روی قسمت چسبدار موجب می‌شو دتا به روی پوست بیمار قالب شود و مانع ترشح مدفوع به خارج گردد.



شکل ۷. استفاده از راهنما برای اندازه‌گیری استوما.



شکل ۸. ترسیم دایره‌وار استوما در پشت کیسه و مرکز محافظ پوست.



شکل ۹. بریدن پشت کیسه به اندازه $\frac{1}{8}$ اینچ بزرگتر از اندازه استوما.



شکل ۱۰. جداکردن کاغذ پشت کیسه.

کار	دلیل
۲۱ - اگر کیسه قابل تخلیه است، به وسیله تاکردن انتهای آن و با استفاده از کلمپ یا گیره آن را ببندید (شکل ۱۲) مطمئن شوید که خم شدن کلمپ بدنبال خمیدگی بدن بیمار است.	اگر کیسه محکم چسبانده شود نشت نمی‌کند و موجب خجالت و ناراحتی بیمار نمی‌گردد.
۲۲ - دستکش‌ها را خارج کنید. به بیمار کمک کنید تا در وضعیت راحتی قرار گیرد. بیمار را با ملحفه بپوشانید. تخت را در پایین‌ترین وضعیت قرار دهید.	موجب گرمی، راحتی و ایمنی بیمار می‌گردد.
۲۳ - دستکش تمیز بپوشید. وسایل را در آورده و دور بریزید و به بیمار کمک کنید تا به رویه عمل کند.	دستکش از تماس با خون و مایعات و ارگانیسم‌هایی که وسایل مورد استفاده را آلوده می‌کنند جلوگیری می‌کند. بیمارانی که به رویه عمل می‌کنند ممکن است همچنان که برای سلامت آن‌ها آموزش داده شده (به استومی) پاسخ دهند.



شکل ۱۱. قراردادن کیسه روی استوما.



شکل ۱۲. استفاده از گیره برای بستن پایین استوما.

کار

۲۴ - در صورت استفاده از دستکش یا PPE آنها را در آورید. دست‌ها را بشوئید.

دلیل

در آوردن مناسب PPE ریسک انتقال عفونت و آلودگی دیگر وسایل را می‌کاهد. شستن دست‌ها از انتشار ارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی ها

ظاهر استوما، شرایط پوست اطراف استوما، مشخصات درناژ (رنگ، میزان، قوام، بوی غیر معمول) و واکنش بیمار به فرآیند را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- پوست اطراف استوما آسیب دیده یا تحریک شده باشد: مطمئن باشید که کیسه بزرگتر از دهانه بریده نشده است. پوست در معرض کیسه استوما در معرض آسیب می‌باشد. از نظر عفونت قارچی پوست را بررسی کنید. در صورت وجود عفونت برای درمان مناسب مشاوره کنید. پوست را دقیقاً خشک کنید سپس کیسه را در محل قرار دهید. اجازه دهید پوست کاملاً خشک شود سپس کیسه را وصل کنید. چسب کیسه را کنترل کنید و زمانی که چسبندگی آن کم است سریعاً کیسه را تعویض کنید. به پزشک راجع به زخم و استوما گزارش دهید و جهت درمان ضایعات بافت دستورات را اجرا کنید.
- چنانچه بیمار به طور مداوم از بو شاکی است: سیستم را از نظر هرگونه نشت یا نچسبیدن کنترل کنید. بیرون کیسه را به هنگامی که خالی است کاملاً تمیز کنید.
- کیسه استوما مدام کنده می‌شود: پوست را کاملاً خشک کنید. سپس صفحه استوما را بچسبانید و اجازه دهید تا خشک شود سپس کیسه را بچسبانید. چسبندگی کیسه را کنترل کنید و هر لحظه که متوجه شدید چسبندگی کیسه کم شده آن را تعویض نمایید.
- استوما به داخل کیسه وارد شده (دچار برآمدگی شده): این یک پرولاپس (بیرون‌زدگی) می‌باشد. به بیمار ۳۰ دقیقه استراحت بدهید. اگر استوما به اندازه طبیعی خود برنگشت به پزشک اطلاع دهید. اگر پرولاپس باقی بماند، ممکن است پیچ خورده باشد، در نتیجه گردش خون استوما مختل خواهد شد.
- استوما قهوه‌ای تیره یا سیاه است: استوما باید صورتی یا قرمز و براق و مرطوب باشد در غیر این صورت اختلال در گردش خون دارد. اگر استوما قهوه‌ای تیره یا سیاه است ایجاد ایسکمی و نکروز می‌کند به پزشک اطلاع دهید.

فصل ۱۳

اکسیژن درمانی

مترجم: احمدعلی اسدی نوقابی

روش کار ۱-۱۳ استفاده از پالس اکسی‌متر

نکات قابل توجه

اندازه‌گیری اکسیژن اشباع شده با یک اکسی‌متر نبضی باید توسط پرستار مجاز انجام شود هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- پالس اکسی‌متر با قسمت حساسه یا پروب مناسب
- پنبه الکل
- پاک‌کننده لاک ناخن (در صورت لزوم)
- PPE، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - پرونده بیمار *را از* نظر هرگونه مشکل بهداشتی که ممکن است وضعیت اکسیژناسیون بیمار را مختل کند، بررسی نمایید.	*شناسایی عوامل تأثیرگذار در تفسیر نتایج کمک‌کننده است.*
۲ - وسایل ضروری را در کنار تخت و یا بر روی میز کنار تخت قرار دهید.	قراردادن تمامی وسایل در نزدیکی و در دسترس، سبب صرفه‌جویی در زمان و انرژی می‌شود. چیدن وسایل، در دسترس، سبب جلوگیری از هدررفتن وقت، سهولت در انجام کار و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی غیرضروری عضلات پرستار می‌شود.



شکل ۱. انتخاب یک انگشت مناسب



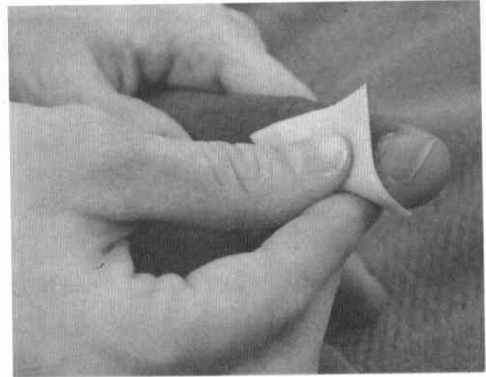
شکل ۲. بررسی نبض



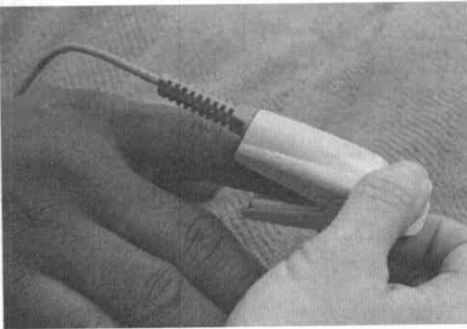
شکل ۳. بررسی پرشدن مجدد مویرگی

کار	دلیل
۳ – دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت، انتخاب می‌شود.
۴ – بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۵ – پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که می‌خواهید انجام دهید و علت انجام آن به بیمار توضیح دهید.	این عمل باعث تضمین خلوت بیمار می‌شود. توضیح دادن به بیمار درباره روش کار سبب رفع اضطراب وی شده و او را تشویق به همکاری می‌کند.
۶ – محل مناسب را برای استفاده از سنسور (حساسه) انتخاب کنید.	جریان خون ناکافی می‌تواند در نشان‌دادن Spo_2 (میزان اشباع اکسیژن) تداخل کند.
الف) از انگشت اشاره، میانی یا حلقه استفاده کنید (شکل ۱).	انگشت‌ها براحتی در دسترس‌اند.

کار	دلیل
ب) نزدیک‌ترین نبض به محل انتخاب شده را بررسی کنید (شکل ۲) نبض ابتدایی (قبل از محل) و پرشدن مجدد مویرگی را بررسی کنید (شکل ۳).	اگر پرشدن مجدد مویرگی سریع بوده و نبض، قوی باشد، نشان می‌دهد که جریان خون در محل مورد نظر کافی است.
ج) اگر گردش خون در این نواحی ناکافی است، از نرمه گوش پیشانی یا پل بینی می‌توان استفاده کرد. یک حسگر مناسب اکسی‌متری برای محل مورد نظر انتخاب کنید.	این نواحی از نظر عروقی جایگزین‌های مناسبی هستند و گردش خون بسیار بالایی دارند. استفاده از وسایل مناسب برای نتیجه صحیح حیاتی می‌باشد یک حساسه مناسب گوشی باید در محل مشخص شده در گوش بیمار قرار گیرد یک حساسه انگشتی باید تا حد لازم روی انگشت قرار گیرد.
د) فقط در صورتی که گردش خون انتهاها در اندام تحتانی مختل نیست، می‌توان از انگشت پا استفاده نمود.	بیماری عروق محیطی در انتهاهای اندام تحتانی رایج است.
۷ – از وسیله مناسب استفاده کنید:	
الف – اگر یک انگشت برای پروب بیش از حد بزرگ است، از انگشت کوچک‌تری استفاده کنید.	اگر پروب یا حساسه به طور صحیح متصل نشود، ممکن است نمایش مقدار SPO_2 صحیح نباشد.
ب – از پروب متناسب با سن و سایز بیمار استفاده کنید. در صورت نیاز از پروب کودکان برای بزرگسالان دارای جثه کوچک استفاده گردد.	پروب‌ها در اندازه‌های (سایزهای) بزرگسالان، کودکان و شیرخواران وجود دارند.
ج – بیمار را از نظر حساسیت به چسب بررسی کنید. می‌توان از گیره غیرچسبی انگشت یا حسگر انعکاسی استفاده کرد.	اگر بیمار به ماده چسب حساسیت داشته باشد، ممکن است واکنش حساسیتی ایجاد شود.
۸ – محل مونیتورینگ را آماده کنید. محل انتخاب شده را با الکل یا پارچه‌های پاک کننده یک بار مصرف پاک کرده و صبر کنید تا خشک شود (شکل ۴). لاک ناخن را پاک کرده و بعد از چک‌کردن دستورالعمل کارخانه سازنده، ناخن‌های مصنوعی را بردارید.	چربی‌ها، گرد و غبار، مواد آرایشی، لاک ناخن، یا ناخن‌های مصنوعی، می‌توانند با عبور امواج نور تداخل کنند. تحقیقات انجام شده بر روی اثرات رنگ تیره، لاک ناخن و ناخن مصنوعی بر روی پالس اکسی‌متری، نتایج دقیقی را نشان نداده‌اند. بنابراین در این موارد به خط مشی مؤسسه و یا دستورات کارخانه سازنده پالس اکسی‌متر رجوع نمایید.
۹ – پروب را به صورت صحیح و محکم روی پوست قرار دهید (شکل ۵). اطمینان یابید که حساسه تاباننده نور و حساسه دریافت‌کننده نور، دقیقاً روبروی یکدیگر قرار دارند (اگر پروب بر روی پیشانی و یا پل بینی قرار گرفته است، نیازی به این کار نمی‌باشد).	اتصال صحیح و روبرو قراردادن حساسه تاباننده نور و دریافت‌کنندهٔ نور، باعث می‌شوند دستگاه به خوبی کار کرده و میزان SPO_2 به نحو صحیح نمایش داده شود.
۱۰ – پروب حساسه را به پالس اکسی‌متر وصل کرده (شکل ۶) و کارکرد دستگاه را بررسی کنید (صدای بیپ و نوسان ستون نور یا منحنی روی صفحه نمایش اکسی‌متر).	صدای بیپ نشان‌دهندهٔ نبض شریانی است و موج نوسان‌کننده، نشان‌دهندهٔ قدرت نبض است. سیگنال ضعیف، باعث نمایش غلط SpO_2 خواهد شد. تن صدای بیپ، منعکس‌کننده نمایش SPO_2 است. اگر SPO_2 افت کند، تن صدای بیپ، کم و ضعیف‌تری خواهد شد.



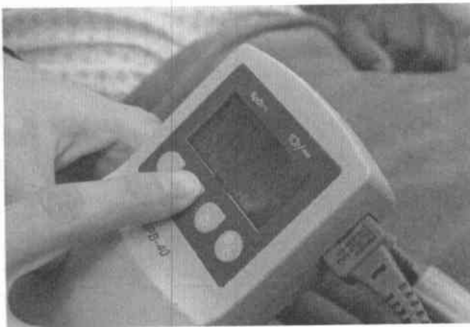
شکل ۴. تمیزکردن محل.



شکل ۵. وصل پروب به انگشت بیمار.



شکل ۶. وصل‌کردن حساسه پروب به دستگاه.



شکل ۷. کنترل هشدار دهنده‌ها

کار

۱۱ – هشداردهنده‌های اکسی‌متر را تنظیم کنید. محدودهٔ تعیین شده توسط کارخانه سازنده دستگاه را از نظر حد بالا و پایین تعداد نبض بررسی کنید (شکل ۷).

دلیل

اگر تعداد نبض یا میزان SPO_2 از محدوده‌های تعیین شده کمتر یا بیشتر شود، وجود هشداردهنده‌ها، ایمنی لازم را برای بیمار تعیین می‌کنند.

۱۲ – طبق دستور پزشک و با توجه به هشداردهنده‌ها، اشباع اکسیژن را در فواصل زمانی منظم بررسی کنید. سطح هموگلوبین بیمار را کنترل کنید.

با کنترل SPO_2، وضعیت فعلی بیمار بررسی می‌شود. اگر سطح هموگلوبین پایین باشد، ممکن است برای تأمین اکسیژن مورد نیاز بیمار، اشباع به میزان کافی انجام نشود.

۱۳ – در فواصل منظم، حساسه را برداشته، پوست را از نظر تحریک یا علایم فشار بررسی کنید (در مورد حساسه‌های فنردار فشاری هر ۲ ساعت یک بار و در مورد حساسه چسبنده انگشت دست یا پا، هر ۴ ساعت یک بار).

فشار مداوم می‌تواند نکروز بافتی ایجاد کند، و حسگرهای چسبنده می‌توانند باعث تحریک پوست شوند.

۱۴ – حساسه‌های غیر یک بار مصرف را با توجه به دستور کارخانه سازنده تمیز کنید و بهداشت دست‌ها را رعایت کنید. در صورت استفاده از PPE، آن را در آورید.

تمیزکردن تجهیزات در فواصل بین استفاده از آنها، انتشار میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد. درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

ثبت باید شامل نوع و سنسور و محل مورد استفاده باشد؛ ارزیابی نبض پروگزیمال و پرشدگی مجدد مویرگ‌ها؛ میزان اکسیژن و روش تحویل در صورتیکه بیمار اکسیژن مکمل دریافت می‌کند؛ ارزیابی ریه‌ها، در صورتیکه مرتبط باشد؛ و هرگونه مداخلات نیازمند مربوطه در نتیجه‌ی خواندن آن در صفحه.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- در عدم سیگنال یا سیگنال ضعیف: علایم حیاتی و وضعیت بیمار را کنترل کنید. اگر رضایت‌بخش بود، ارتباطات دستگاه و محل گردش خون را کنترل کنید. علت این مشکل می‌تواند هیپوتانسیون باشد. وسایل (محدودکننده، کاف فشارخون) ممکن است باعث اختلال گردش خون و نبض‌دار شدن خون وریدی گردد. اگر اندام سرد است با یک پتوی گرم آن را بپوشانید.
- در مورد یافته‌های نادرست: داروهای دستور داده شده و تاریخچه اختلالات گردش خون را کنترل کنید. سعی کنید وسیله را روی یک فرد سالم امتحان کنید تا متوجه شدید که مشکل در رابطه با وسیله بوده یا مشکل مربوط به بیمار است. داروهایی که موجب انقباض عروق می‌شوند می‌توانند موجب اختلال در ثبت درست درصد اشباع اکسیژن گردند.
- نور روشن (نور خورشید یا نور فلورسنت) می‌تواند اختلال عملکرد در دستگاه ایجاد کند: پروب را با پارچه خشک بپوشانید. نور روشن می‌تواند با نور حساسه‌ها تداخل کرده و موجب گزارش غیرقابل اعتماد شود.

ملاحظات خاص

- یافته‌های درست می‌تواند تحت تأثیر موقعیت‌هایی مانند کاهش فشارخون شریانی، از قبیل ادم محیطی، هیپوتانسیون و بیماری عروق محیطی قرار گیرد. حرکت زیاد محل حساسه می‌تواند موجب یک یافته نادرست گردد.

ملاحظات عمومی

- خواندن ضربان از روی پالس اکسیمتر با ضربان قلب بیمار مرتبط است. اختلاف میان ضربان قلب و نبض نشان دهنده‌ی این است که تمامی ضربان‌ها تحت تأثیرند و محل دیگری برای سنسور ممکن است نیاز باشد.
- حرکت زیاد پروب سنسور در محل، همچون لرزش‌های فراوان، همچنین می‌تواند با خواندن صحیح مداخله داشته باشد.
- برادیکاردی و ریتم‌های نامنظم قلبی همچنین موجب خواندن اشتباه می‌شود.
- در بیماران با ایندکس قلبی پایین (برون ده قلبی لیتر در دقیقه با مساحت بدن در متر مربع است) و سنسور پیشانی ممکن است از سنسور دیجیتال برای پالس اکسیمتری بهتر باشد.

ملاحظات مربوط به کودکان

- در بچه‌ها ممکن است حساسه در انگشت شست یا پا قرار داده شود.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- در مراقبت از پوست بیمار دقت کنید و از آسیب پیش‌گیری کنید. فشار یا کشش حساسه همچنین چسب‌های استفاده شده می‌توانند موجب آسیب به پوست نازک و خشک گردند.

ملاحظات مراقبت در منزل

- دستگاه‌های پرتابل (قابل حمل) برای استفاده در منزل یا استفاده بیماران سرپایی در دسترس هستند.

روش کار ۲-۱۳ ساکشن‌کردن راه‌های بینی-حلقی و دهانی-حلقی

نکات قابل توجه

ساکشن کردن راه هوایی دهانی - حلقی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد هر چند کمک پرستار نیز به شرط رعایت همان کیفیت می‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

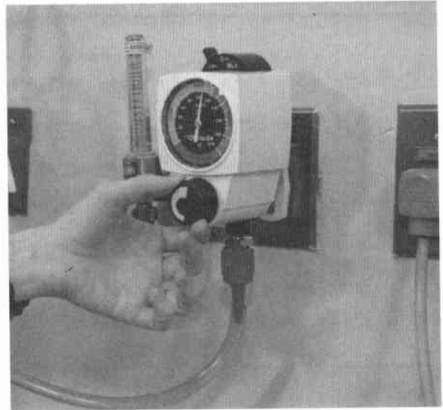
وسایل

- ساکشن دیواری یا قابل حمل با لوله
- ظرف استریل یک بار مصرف
- یک کیت ساکشن آماده تجاری با یک کاتتر مناسب یا کاتتر ساکشن استریل با رابط Y دارای سایز مناسب (بزرگسالان ۱۶-۱۰ فرنچ)
- دستکش استریل
- عینک و ماسک یا شیلد صورت
- آب استریل یا سالین
- دستکش تمیز یکبار مصرف
- حوله یا پد ضد آب
- ژل محلول در آب
- PPE اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل ضروری را جمع‌آوری نموده و آنها را کنار تخت یا بر روی میز کنار تخت قرار دهید.	قراردادن تمامی وسایل در نزدیکی، سبب صرفه‌جویی در زمان و انرژی می‌شود. چیدن وسایل، در دسترس، سبب جلوگیری از هدررفتن زمان، سهولت در انجام کار و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل خواهد شد که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌دارد و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک خواهد شد.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید.	این عمل سبب تضمین خلوت بیمار می‌گردد.

کار	دلیل
۵ - نیاز به ساکشن را بررسی کنید. پرونده بیمار را طبق دستور پزشک بررسی کنید. درد یا عامل درد را کنترل کنید. قبل از انجام ساکشن مسکن تجویز شود.	فقط هنگامی عمل ساکشن باید انجام شود که ترشحات جمع شده یا صداهای غیرعادی تنفسی شنیده می‌شوند. این کار باعث می‌شود آسیب به مخاط راه هوایی به حداقل برسد عمل ساکشن رفلکس سرفه را تحریک می‌کند که برای بیماران دارای برش جراحی، دردناک است.
۶ - توضیح دهید که برای بیمار چه کاری می‌خواهید انجام دهید و دلیل آن جهت اطمینان دادن به بیمار حتی اگر هوشیار نباشد که اگر دچار مشکل تنفسی شده پروسیجر را قطع خواهید کرد.	توضیح ترس بیمار را می‌کاهد. حتی اگر بیمار هوشیار به نظر نرسد، آنچه را که اتفاق خواهد افتاد را توضیح دهید. هرگونه فرآیندی که با تنفس مداخله داشته باشد برای بیمار ترسناک است.
۷ - تخت را در وضعیتی قرار دهید که بتوانید راحت کار کنید. معمولاً تا ارتفاع آرنج پرستار در سمتی که ایستاده‌اید، لبهٔ تخت را پایین آورید. اگر بیمار هوشیار است او رادر وضعیت نیمه نشسته قرار دهید. اگر بیمار هوشیار نیست، وی را به پهلو قرار دهید به نحوی که صورتش به طرف شما باشد. میز نزدیک تخت را به منطقه‌ی کاری خود نزدیک کنید و تا کمر بالا آورید.	تنظیم ارتفاع تخت تا حد مناسب از برگشتن و چرخش ماهیچه‌ها پیشگیری می‌کند. قراردادن بیمار در وضعیت نشسته به وی کمک می‌کند تا سرفه کرده و راحت‌تر تنفس کند. نیروی جاذبه زمین نیز ورود کاتتر را تسهیل می‌کند. وضعیت خوابیده به پهلو از انسداد راه هوایی پیشگیری کرده و تخلیه ترشحات را افزایش می‌دهد. میز تخت سطح برای کار فراهم می‌کند و موجب استریل ماندن وسایل بر روی سطح محیط کار می‌شود.
۸ - حوله یا پد ضد آب را روی قفسه سینه بیمار قرار دهید.	باعث می‌شود روتختی آلوده نشوند.
۹ - فشار دستگاه ساکشن را در حد مناسب قرار دهید (شکل ۱): ساکشن دیواری: فرد بزرگسال: ۱۰۰–۱۵۰mmHg؛ نوزاد: ۶۰–۸۰mmHg؛ شیرخوار: ۸۰–۱۲۵mmHg؛ کودکان: ۸۰–۱۲۵mmHg ؛ نوجوانان: ۸۰–۱۵۰mmHg ساکشن متحرک: فرد بزرگسال: ۱۰–۱۵cmHg؛ نوزاد: ۶–۸cmHg؛ شیرخوار: ۸–۱۰cmHg؛ بچه‌ها: ۸–۱۰cmHg؛ نوجوانان: ۸–۱۵cmHg دستکش یک بار مصرف غیراستریل بپوشید و حوله را به دستکش ساکشن متصل کنید، فشار ماشین ساکشن را کنترل کنید.	فشار زیاد می‌تواند سبب آسیب شدید، هیپوکسمی و آتلکتازی شود.
۱۰ - بسته‌بندی استریل ساکشن را با استفاده از تکنیک ضد عفونی باز کنید. ظرف (محفظه) استریل را برداشته، در حالی که فقط به سطح خارجی آن دست می‌زنید آب مقطر یا محلول نمکی را در آن بریزید.	از آب مقطر یا محلول نمکی استریل برای لغزنده‌کردن سطح خارجی کاتتر استفاده می‌شود، بنابراین در هنگام ورود کاتتر، تحریک مخاطی به حداقل می‌رسد.
۱۱ - مقدار کمی از ماده لغزنده کننده محلول در آب را در محیط استریل بریزید. مواظب باشید که بسته‌بندی آن با محیط استریل تماس پیدا نکند.	ماده لغزنده کننده سبب تسهیل در عبور کاتتر شده و آسیب غشاهای مخاطی را کاهش می‌دهد.



شکل ۱. تنظیم ساکشن دیواری.

کار

۱۲ - سطح اکسیژن کمکی بیمار را افزایش داده و یا آن را مطابق با دستورات مؤسسه درمانی با دستورات پزشک، به کار ببرید.

۱۳ - از محافظ صورت یا عینک و ماسک استفاده کنید. دستکش‌های استریل را بپوشید. دست غالب شما که کاتتر را می‌گیرد باید حتماً استریل بماند، در حالی که دست غیرغالب بیشتر تمیز در نظر گرفته می‌شود و دریچه ساکشن (پورت Y) در کاتتر را کنترل می‌کند. انجام این عمل در خانه و محل‌های عمومی به صورت استریل ضروری نمی‌باشد.

دلیل

ساکشن‌کردن سبب برداشت هوا از مجاری هوایی بیمار می‌شود و می‌تواند هیپوکسمی ایجاد کند. هیپراکسیژناسیون می‌تواند به جلوگیری از هیپوکسمی ناشی از ساکشن کمک کند.

دستکش و سایر PPE از پرستار در مقابل میکروارگانیسم‌ها حفاظت می‌کند. گرفتن کاتتر استریل با دستی که دستکش استریل دارد، مانع از ورود ارگانیسم‌ها به مجرای تنفسی می‌شود، در خانه و سایر محل‌ها باید پاک کردن و تمیزی را جایگزین استریلیزاسیون کرد زیرا در این محل‌ها ارگانیسم‌های بیماری‌زایی که در محیط بیمارستان وجود دارد یافت نمی‌شود.

کار

۱۴ - با دست دارای دستکش استریل، کاتتر استریل را برداشته و آن را به لوله ساکشن که در دست غیرغالب نگه داشته شده است، وصل کنید (شکل ۲).

دلیل

این کار باعث می‌شود کاتتر ساکشن استریل باقی بماند.

کار

۱۵ - با واردکردن کاتتر به درون ظرف حاوی محلول نمکی، آن را مرطوب کنید (شکل ۳). برای بررسی ساکشن، لولهٔ Y شکل را مسدود کنید.

دلیل

لغزنده‌کردن داخل کاتتر با محلول نمکی، به حرکت ترشحات درون کاتتر کمک می‌کند. چک‌کردن ساکشن باعث اطمینان از کارکرد صحیح آن می‌شود.

کار

۱۶ - بیمار را تشویق کنید تا چند نفس عمیق بکشد.

دلیل

هیپرونتیلاسیون (تهویه زیاد) می‌تواند به جلوگیری از هیپوکسمی ناشی از ساکشن کمک کند.

کار

۱۷ - ماده لغزاننده را بر روی ۲ تا ۳ اینچ ابتدایی کاتتر بمالید. از لغزاننده استریل استفاده کنید.

دلیل

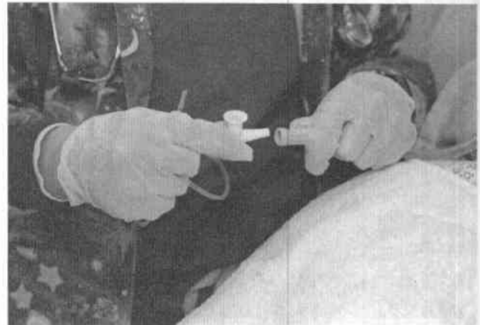
ماده لغزاننده سبب تسهیل در عبور کاتتر شده و آسیب غشاهای مخاطی را به حداقل می‌رساند.

کار

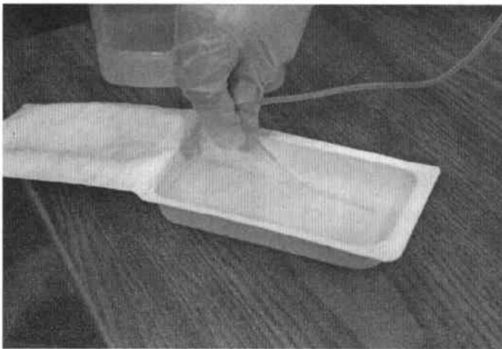
۱۸ - دستگاه اکسیژن‌دهنده را در صورت امکان بردارید. تا زمانی که کاتتر در داخل آن است از ساکشن استفاده نکنید. کاتتر را بین انگشت شست و اشاره خود بگیرید.

دلیل

ساکشن کردن سبب برداشت هوا از مجاری هوایی بیمار می‌شود و می‌تواند باعث هیپوکسمی شود. استفاده از ساکشن در حین واردکردن کاتتر می‌تواند باعث صدمه به مخاط شده و اکسیژن را از مجرای هوایی بردارد.



شکل ۲. اتصال کاتتر به لوله.



شکل ۳. مرطوب کردن کاتتر با واردکردن آن به سالین استریل.

کار

۱۹ - کاتتر را وارد نمایید:

الف) برای ساکشن بینی - حلقی، کاتتر را به آرامی از داخل بینی عبور داده و در طول سقف حفره بینی به سمت نای حرکت دهید (شکل ۴). کاتتر را بین انگشتان خود بچرخانید تا با سهولت بیشتری وارد شود. کاتتر را تقریباً ۵ تا ۶ اینچ به جلو ببرید تا به حلق برسید.

ب) برای ساکشن دهانی - حلقی، کاتتر را از دهان وارد کنید و از کنار دهان، آن را به سمت نای هدایت نمایید. کاتتر را ۳ تا ۴ اینچ به جلو ببرید تا به حلق برسید. برای ساکشن نازوتراکئال می‌توان از روش‌های گوناگون استفاده کرد.

۲۰ - با انگشت شست، دریچه ساکشن را مسدود کرده و ساکشن را انجام دهید، و هنگامی که کاتتر را بیرون می‌آورید، به آرامی آن را بچرخانید (شکل ۵). عمل ساکشن در هر مرتبه نباید بیش از ۱۰ تا ۱۵ ثانیه طول بکشد.

۲۱ - در صورت امکان، دستگاه تحویل اکسیژن را با استفاده از دست غیرغالب خود جایگزین کنید و از بیمار بخواهید چندین نفس عمیق بکشد.

۲۲ - کاتتر را با محلول نمکی شستشو داده (شکل ۶) و برحسب نیاز و مطابق تحمل بیمار، ساکشن را تکرار کنید. کاتتر ساکشن را دور تا دور دست غالب خود بپیچید.

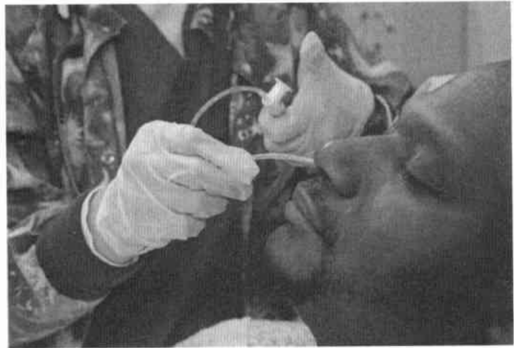
دلیل

طول صحیح ورودی کاتتر، ما را از جایگیری دقیق آن مطمئن می‌سازد. راه‌کار کلی برای تعیین مقدار ورودی کاتتر جهت ساکشن بینی - حلقی برای یک بیمار به این صورت است که مسافت بین لاله گوش بیمار تا بینی وی تخمین زده می‌شود. این مسافت همان مقدار ورودی کاتتر است.

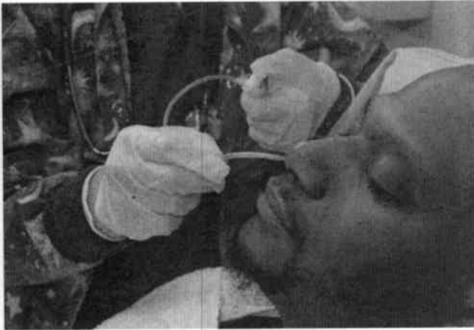
چرخش کاتتر در هنگام خروج آن، به تمیزشدن تمام سطوح مجراهای تنفسی کمک می‌کند. ساکشن‌کردن بیمار برای بیش از ۱۰ تا ۱۵ ثانیه، اکسیژن موجود در مجرای تنفسی را می‌گیرد که ممکن است به هیپوکسی منجر شود.

ساکشن‌کردن سبب برداشت هوا از مجاری هوایی بیمار شده و هیپوکسمی ایجاد می‌کند. تهویه بیش از حد می‌تواند از هیپوکسمی ناشی از ساکشن کردن جلوگیری نماید.

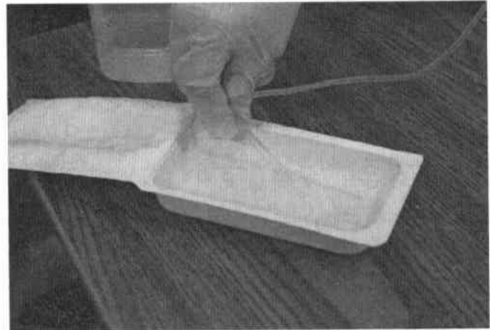
شستشو، کاتتر را تمیز و پاک کرده و آن را برای ساکشن بعدی لغزنده می‌سازد. پیچیدن کاتتر به دور دست، از آلوده‌شدن ناخواسته آن جلوگیری می‌کند.



شکل ۴. واردکردن لوله به داخل بینی.



شکل ۵. ساکشن‌کردن حلق ـ بینی.



شکل ۶. شستن کاتتر.

کار

۲۳ – اگر ساکشن مجدد نیاز است، ۳۰ ثانیه تا یک دقیقه صبر کنید. در ساکشن مجدد از سوراخ دیگر بینی استفاده کنید. بیش از ۳ دوره ساکشن نباید انجام شود. پس از ساکشن کردن نازوفارنکس، اوروفارنکس را ساکشن کنید. کاتتر را با زور وارد سوراخ‌های بینی نکنید. در فواصل بین ساکشن‌ها، بیمار را به انجام سرفه و تنفس عمیق تشویق کنید.

دلیل

تنفس طبیعی در فواصل بین ساکشن‌ها، کمک می‌کند تا هیپوکسی ناشی از ساکشن قبلی جبران شود. تناوب موجب ونتیلاسیون و اکسیژناسیون مجدد راه هوایی می‌شود. ساکشن زیاد درگیری‌ها را تعدیل می‌کند. انجام تناوبی بین سوراخ‌های بینی تروما را کاهش می‌دهد. ساکشن کردن اوروفارنکس پس از نازوفارنکس ترشحات را تمیز می‌کند. میکروارگانیسم‌های زیادی در دهان حضور دارند بنابراین برای آخرین بار ساکشن می‌شود تا از انتقال آلودگی جلوگیری کند.

۲۴ – وقتی ساکشن‌کردن کامل شد، دستکش‌ها را به طور صحیح با قرار دادن کاتتر در داخل دستکش بیرون بیاورید. دستکش‌ها، کاتتر و ظرف حاوی محلول را در ظرف مناسبی دور بیاندازید. بیمار را در وضعیت راحتی قرار دهید. نرده‌های تخت را بالا برده و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.

رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. وضعیت‌دهی مناسب به بیمار به همراه بالابردن نرده‌های کنار تخت و قراردادن تخت در ارتفاع مناسب سبب احساس آرامش و امنیت در بیمار می‌شود.

کار	دلیل
۲۵ - ساکشن را خاموش کنید. اکسیژن مکمل مربوط به ساکشن کردن را بردارید. محافظ صورت یا عینک و ماسک را درآورید. دست‌ها را بشویید.	درآوردن مناسب PPE و رعایت بهداشت دست‌ها، خطر انتشار میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد.
۲۶ - بعد از ساکشن، به بهداشت دهان بیمار توجه کنید.	بخشی از ترشحات تنفسی که در دهان تجمع کرده‌اند، محرک غشاهای مخاطی دهان بوده و برای بیمار نیز ناخوشایند می‌باشند.
۲۷ - وضعیت تنفسی بیمار را مجدداً کنترل کنید شامل تعداد تنفس، اشباع اکسیژن و صداهای ریه.	این بررسی تأثیر ساکشن و نیاز به ساکشن را نشان می‌دهد.
۲۸ - PPE اضافی را در صورت استفاده در آورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

زمان ساکشن و ارزیابی پیش و پس از مداخله، علت ساکشن، مسیر مورد استفاده و مشخصات و میزان ترشحات را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- کاتتر یا دستکش استریل با سطح غیراستریل آلوده می‌شود: کار را متوقف کنید. اگر هنوز دستکش دست استریل است از کس دیگری جهت بازکردن کاتتر کمک بخواهید، یا دستکش را خارج کرده و دوباره پروسیجر را انجام دهید.
- بیمار در حین ساکشن استفراغ می‌کند: اگر رفلکس گاگ تحریک شد و بیمار دچار تهوع شد کاتتر باید خارج شود ممکن است کاتتر وارد مری شده باشد. اگر بیمار نیاز به ساکشن مجدد دارد، کاتتر را تعویض کنید چون ممکن است آلوده شده باشد. بیمار را به پهلو بچرخانید و سر او را بالاتر از تخت قرار دهید تا از آسپیراسیون پیشگیری شود.
- ترشحات خارج شده حاوی محتویات معدی است: از بیمار بخواهید سر را به حالت اکستانسیون در آورد. این وضعیت از واردشدن لوله ساکشن به مری جلوگیری می‌کند.
- در سر کاتتر ترشحات خونی دیده می‌شود: به پزشک اطلاع دهید و نیاز بیمار جهت درمان‌های خونریزی بینی را بررسی کنید. ترومپ بینی، موکوس آن را از ترومای بیشتر وابسته به ساکشن محافظت می‌کند.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- برای نوزادان از یک کاتتر شماره ۶-۵ فرنچ استفاده کنید.
- برای بچه‌ها از کاتتر ۱۰-۶ فرنچ استفاده کنید.

روش کار ۳-۱۳ تجویز اکسیژن با استفاده از کانولای بینی

نکات قابل توجه

اکسیژن‌رسانی از طریق کانولا فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

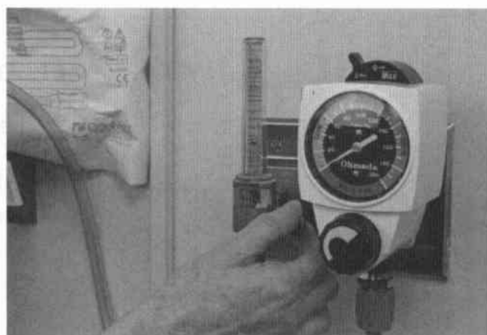
- جریان سنج (فلومتر) متصل به مخزن اکسیژن
- کانول بینی و لوله
- PPE، در صورت لزوم
- مرطوب‌کننده با آب مقطر استریل (برای سیستم با جریان پایین)
- گاز برای قراردادن لوله در پشت گوش (اختیاری)

روش انجام کار

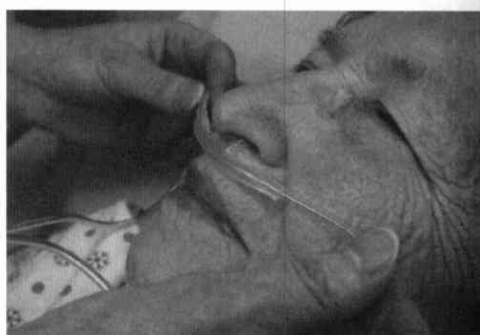
کار	دلیل
۱ - وسایل ضروری را در کنار تخت و یا روی میز کنار تخت قرار دهید.	قراردادن تمامی وسایل در کنار تخت سبب صرفه‌جویی در وقت و انــرژی مـی‌گردد. چیدن وسایل در نزدیکی و در دسترس، باعث سهولت در انجام کار، جلوگیری از هدررفتن انرژی و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی غیرضروری عضلات پرستار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید.	این عمل، خلوت بیمار را تضمین می‌کند.
۵ - درباره اقدامی که انجام می‌دهید و دلیل انجام دادن آن به بیمار توضیح دهید. دستورات پیشگیرانه ایمنی را در هنگام استفاده از اکسیژن مرور نمایید.	توضیح دادن درباره روش انجام کار، اضطراب بیمار را برطرف کرده و همکاری وی را تسهیل می‌کند. اکسیژن قابلیت اشتعال دارد. حتی یک جرقه کوچک می‌تواند باعث آتش‌سوزی شود.
۶ - کانول بینی را به سیستم اکسیژن دارای مرطوب‌کننده، متصل کنید (شکل ۱). میزان جریان را طبق دستور تنظیم نمایید (شکل ۲). خروج اکسیژن از شاخک‌های بینی را کنترل کنید.	اکسیژن قبل از رسیدن به بیمار، توسط یک مخزن آب مرطوب می‌شود، تا از خشک‌شدن غشاهای مخاطی جلوگیری کند. اکسیژن با جریان کم، نیاز به مرطوب‌شدن ندارد.



شکل ۱. وصل کردن کانولا به مخزن اکسیژن



شکل ۲. تنظیم میزان جریان اکسیژن



شکل ۳. قرار دادن کانولا در سوراخ‌های بینی



شکل ۴. قرار دادن یک گاز در پشت گوش

کار

۷ - شاخک‌ها را در سوراخ‌های بینی بیمار قرار دهید (شکل ۳). لوله‌ها را پشت هر گوش قرار داده و به صورت راحت (که بیمار را ناراحت نکند) زیر چانه قرار دهید، یا آنها را دور سر بیمار قرار دهید. در صورت نیاز، زیر لوله در قسمت گوش، پدهای گاز بگذارید (شکل ۴).

۸ - در صورت لزوم، اندازه کانولا را تنظیم کنید (شکل ۵). لوله باید نرم و شل روی پوست قرار گیرد، اما نباید محکم وصل شده و فشار روی پوست وارد کند.

۹ - بیمار را تشویق کنید با دهان بسته، از راه بینی تنفس کند.

دلیل

قراردادن صحیح شاخک‌ها و اتصال آنها، تجویز اکسیژن را تسهیل کرده و آسایش بیمار را فراهم می‌سازد. پدها، تحریک و فشار را کاهش داده و از پوست محافظت می‌کنند.

تنظیم مناسب اندازه کانولا، سبب قرارگیری مناسب آن در بینی بیمار می‌شود. اعمال فشار بیش از اندازه توسط لوله می‌تواند باعث تحریک پوست و فشار بر پوست شود.

تنفس از راه بینی، باعث انتقال مطلوب (حداکثر) اکسیژن به بیمار می‌شود. در بیمارانی که از راه دهان نفس می‌کشند، می‌توان درصد اکسیژن دریافتی را کاهش داد.



شکل ۵. تنظیم کانولا در صورت نیاز.



شکل ۶. تمیزکردن کانولا پس از خروج از بینی بیمار.

کار	دلیل
۱۰ – وضعیت تنفسی بیمار را مجدداً بررسی نمایید که شامل تعداد تنفس، کوشش تنفسی و صداهای ریوی می‌شود. به هرگونه علامتی از دیسترس تنفسی از قبیل تاکی‌پنه، گرفتگی بینی، استفاده از عضلات تنفسی فرعی و یا دیس‌پنه توجه نمایید.	این موارد، اثربخشی اکسیژن‌درمانی را مشخص می‌کنند.
۱۱ – در صورت استفاده از PPE، آن را در آورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۲ – دستکش تمیز بپوشید. کانولا را خارج و تمیز کنید. سوراخ‌های بینی را بررسی کنید (هر ۸ ساعت یک بار) یا طبق مقررات مؤسسه عمل کنید (شکل ۶). سوراخ‌های بینی از نظر التهاب یا خونریزی کنترل شود.	استفاده مداوم از کانولا باعث التهاب و خشکی مخاط بینی می‌شود.

ثبت

راهنمایی ها

ارزیابی پیش و پس از مداخله را یادداشت کنید. میزان اکسیژن مورد نیاز، سرعت تنفس بیمار، اشباع اکسیژن و صداهای ریه را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار در حالت دریافت اکسیژن با کانولای بینی است ولی هم اکنون کبود به نظر می‌رسد، و پالس اکسی‌متری کمتر از ۹۳٪ است: تیوپ اکسیژن را کنترل کنید که متصل باشد، فلومتر را از نظر جریان اکسیژن چک کنید، اتصالات را چک کنید، دوباره از بازبودن پیچ اکسیژن اطمینان حاصل کنید ممکن است برحسب تصادف خاموش شده باشد. صداهای ریه را گوش کنید و به هر تغییری توجه کنید. تغییرات و یافته‌های مهم را به پزشک گزارش دهید.
- اطراف یا بالای گوش یا پشت سر بیمار قرمز شده است: اطمینان حاصل کنید که در این نواحی پد کافی قرار دارد و تیوب

گره نخورده است. در صورت امکان، مراقبت‌های لازم از پوست را به عمل آورید.

- وقتی که هنگام خواب بیمار از دهان تنفس می‌کند: به طور موقت کانولای بینی را نزدیک دهان او قرار دهید. اگر در این شرایط پالس اکسی‌متری بالا رفتن اشباع اکسیژن را نشان ندهد باید در زمان خواب از ماسک یا سایر روش‌ها برای اکسیژن درمانی استفاده شود.

ملاحظات مربوط به مراقبت در منزل

- ممکن است بیمار نیاز به ادامه تجویز اکسیژن در منزل داشته باشد در اکثر موارد، از متراکم‌کننده‌های قابل انتقال در اکسیژن پرتابل استفاده می‌شود. افرادی که از بیمار مراقبت می‌کنند نیاز به آموزش اقدامات ایمنی در مورد اکسیژن و دانستن علت استفاده از میزان خاصی از اکسیژن برحسب لیتر دارند.
- وقتی اکسیژن می‌دهید به نکات ذیل توجه کنید:
  - پیشگیری از آتش‌سوزی
  - قراردادن علامت سیگار نکشید در منزل بیمار و مکان‌های آشکار و آموزش به بیمار و ملاقاتی‌ها مبنی بر اینکه وقتی از اکسیژن استفاده می‌شود سیگار کشیدن خطرناک می‌باشد.
  - کنترل وسایل الکتریکی که جرقه تولید نشود
  - اجتناب از مواد روغنی در اطراف تجهیزات اکسیژن‌درمانی.

روش کار ٤-١٣ تجویز اکسیژن توسط ماسک

نکات قابل توجه

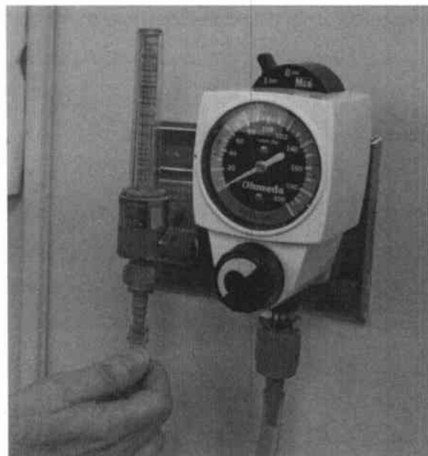
اکسیژن‌رسانی از طریق ماسک فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. ولی قرار دادن ماسک در محل صحیح در حین مراقبت پرستاری مانند حمام کردن می‌تواند توسط کمک پرستار انجام شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

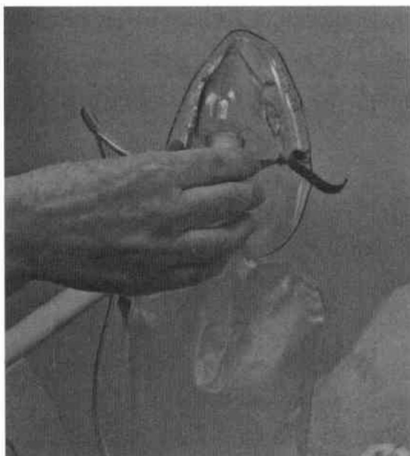
- فلومتر متصل به مخزن اکسیژن
- ماسک صورت که توسط پزشک تعیین شده است
- PPE، در صورت لزوم
- منبع مرطوب‌کننده حاوی آب مقطر استریل
- گاز یا پد برای بندهای کشی ماسک (اختیاری)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل ضروری را در کنار تخت و یا بر روی میز کنار تخت قرار دهید.	قراردادن تمامی وسایل در کنار تخت سبب صرفه‌جویی در وقت و انرژی می‌شود. چیدن وسایل در نزدیکی و دسترس سبب سهولت در انجام کار، جلوگیری از هدررفتن زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی غیرضروری عضلات پرستار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید.	این عمل سبب تضمین خلوت بیمار می‌شود.
۵ - روش اجرا را برای بیمار توضیح داده و اقدامات احتیاطی را در زمان استفاده از اکسیژن، یادآور شوید.	اکسیژن، باعث اشتعال می‌شود. ارائه توضیح، اضطراب بیمار را کاهش می‌دهد و سبب همکاری می‌شود.
۶ - ماسک صورت را به سیستم اکسیژن دارای مرطوب‌کننده متصل کنید (شکل ۱). جریان اکسیژن به میزان تعیین شده را آغاز کنید. در مورد ماسک دارای مخزن (شکل ۲)، صبر کنید تا قبل از قراردادن ماسک روی بینی و دهان بیمار، کیسه از اکسیژن پر شود.	اکسیژن قبل از رسیدن به بیمار، با عبور از مخزن آب مرطوب می‌شود، تا از خشک‌شدن غشاهای مخاطی جلوگیری کند. کیسه ذخیره باید از اکسیژن پر شود زیرا کیسه یک منبع تأمین اکسیژن برای بیمار است.



شکل ۱. اتصال ماسک به منبع اکسیژن.



شکل ۲. پرشدن کیسه رزرو با اکسیژن.



شکل ۳. به کارگیری ماسک صورت روی بینی و دهان بیمار.



شکل ۴. تنظیم ماسک و کش روی صورت.

کار

۷ - ماسک صورت را روی بینی و دهان بیمار قرار دهید (شکل ۳). با بندهای کشی آن را تنظیم کنید. به صورتی که ضمن کیپ‌بودن، بیمار راحت باشد (شکل ۴). جریان اکسیژن را تنظیم کنید (شکل ۵).

۸ - اگر بیمار از تحریک‌پذیری و قرمزی شکایت دارد، از یک پد گازی در زیر کش و در نقاط فشار استفاده کنید تا فشار بر روی گوش و پوست سر کاهش یابد.

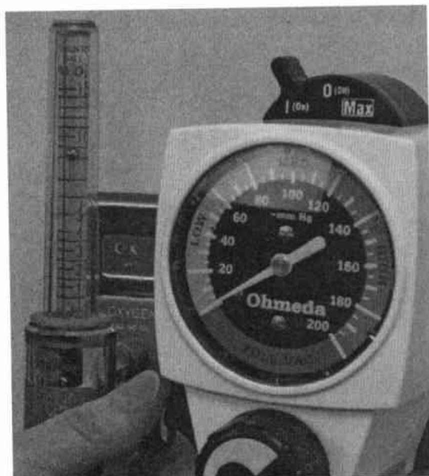
۹ - وضعیت تنفسی بیمار را مجدداً بررسی کنید که شامل تعداد تنفسی، کوشش تنفسی و صداهای ریوی هستند. به علایم دیسترس تنفسی از قبیل تاکی‌پنه، گرفتگی بینی، استفاده از عضلات فرعی تنفسی و دیس‌پنه توجه نمایید.

دلیل

اگر ماسک شل باشد یا خوب روی صورت جای نگرفته باشد، اکسیژن هدررفته و ارزش درمانی آن کم می‌شود. ممکن است ماسک احساس خفگی در بیمار ایجاد کند، بنابراین باید مرتباً به بیمار توجه کرده و به او اطمینان داد.

پدهای گازی، تحریک پوست و فشار بر آن را کاهش داده و بدین ترتیب موجب حفاظت از پوست می‌گردند.

این علایم به تعیین اثربخشی اکسیژن درمانی کمک می‌کنند.



شکل ۵. تنظیم جریان اکسیژن.

کار	دلیل
۱۰ – در صورت استفاده از PPE، آنها را درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۱ – ماسک را خارج کرده و پوست را هر ۲ تا ۳ ساعت یک بار خشک کنید به خصوص اگر اکسیژن به طور مداوم داده می‌شود. از پودر اطراف ماسک به هیچ وجه استفاده نکنید.	ماسک صورتی که محکم روی صورت قرار می‌گیرد می‌تواند باعث صدمه به پوست صورت شود پودر هم خطر استنشاق دارد.

ثبت

راهنمایی‌ها

نوع ماسک مورد استفاده، میزان اکسیژن مورد استفاده، سطح اشباع اکسیژن، صداهای ریه و میزان حالت تنفس را یادداشت کنید. ارزیابی خود قبل و پس از مداخله را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار قبلاً خوب بوده ولی در حال حاضر کبود می‌باشد و پالس اکسی‌متری کمتر از ۹۳٪ است: اتصالات اکسیژن و تیوپ را بررسی کنید، جریان اکسیژن از فلومتر را چک کنید. ممکن است کسی جریان را متوقف کرده باشد یا جریان اتفاقی قطع شده باشد. صداهای ریه و تغییرات آن را بررسی کنید. تغییرات و یافته‌های مهم را به پزشک گزارش دهید.
- اطراف سر بیمار و بالای گوش قرمز شده است: اطمینان حاصل کنید که پد گاز به اندازه کافی در محل قرار دارد و لوله‌ها گره نخورده‌اند. در صورت امکان مراقبت‌های پوست از بیمار به عمل آید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- انواع ماسک‌های اکسیژن در دسترس می‌باشد.
- این نکته بسیار مهم است که ماسک در اطراف صورت بیمار کاملاً فیکس باشد در غیر این صورت میزان دقیق و کافی اکسیژن توسط بیمار دریافت نخواهد شد.
- ماسک بیمار باید موقع خوردن، آشامیدن و دریافت داروها خارج شود. برای بیمار از کانولای بینی استفاده شود میزان اکسیژن از طریق کانولای بینی در این مدت باید مشخص شود.

روش کار ۵-۱۳ مراقبت از تراکئوستومی

نکات قابل توجه

مراقبت از لوله تراکئوستومی فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و در صورتی کمک پرستار می‌تواند عهده‌دار این کار شود که لوله تراکئوستومی مشکل خاصی نداشته و ثابت باشد مانند زمانی که بیمار طولانی‌مدت لوله تراکئوستومی استفاده می‌کند. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- دستکش یک بار مصرف
- دستکش استریل
- عینک محافظ یا محافظ صورت
- پانسمان آماده جهت تراکئوستومی
- ظروف کاسه مانند استریل
- اپلیکاتور پنبه‌ای استریل
- در صورت نیاز PPE اضافی
- پرستار دیگر
- سالین نرمال استریل
- کاتتر ساکشن استریل و دستکش‌های همراه آن
- گاز استریل از جنس اسفنج
- باندهای نگه دارنده تراکئوستومی
- کیسه پلاستیکی یک بار مصرف
- کانول تراکئوستومی داخلی یکبار مصرف متناسب با سایز بیمار

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل ضروری را به کنار تخت آورده و یا آنها را بر روی میز کنار تخت قرار دهید.	قراردادن تمامی وسایل در کنار تخت باعث صرفه‌جویی در زمان و انرژی می‌شود. چیدن وسایل در نزدیکی و در دسترس، باعث سهولت در انجام کار، صرفه‌جویی در وقت و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی بی‌مورد عضلات پرستار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری به عمل می‌آورد. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید.	این عمل خلوت بیمار را تضمین می‌کند.
۵ - نیاز به مراقبت از تراکئوستومی را تعیین کنید. درد بیمار را ارزیابی کنید و در صورت لزوم برای او ضد درد تجویز نمایید.	اگر تراکئوستومی جدید است، ممکن است پیش از مراقبت از تراکئوستومی، درمان درد لازم باشد.

کار

۶ – درباره اقدامی که انجام می‌دهید و دلیل انجام آن، به بیمار توضیح دهید، حتی اگر بیمار به نظر هوشیار نمی‌رسد. به بیمار اطمینان دهید که در صورت بروز مشکل تنفسی، پروسیجر را متوقف خواهید کرد.

۷ – تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم نمایید که معمولاً در سطح آرنج پرستار است. نرده تخت را در سمت خود پایین بیاورید. اگر بیمار هوشیار است، او را در وضعیت نیمه نشسته قرار دهید و اگر بیهوش است، وی را در وضعیت لترال (خوابیده به پهلو) بخوابانید، به طوری که صورت وی رو به شما باشد. میز کنار تخت را به خود نزدیک نموده و در حیطه کار خود قرار دهید و آن را تا اندازه مطلوب بالا بیاورید. یک ظرف آشغال را در حیطه محیط کار و در دسترس خود قرار دهید.

۸ – محافظت صورت یا عینک و ماسک بپوشید. ساکشن تراکئوستومی در صورت لزوم اگر تراکئوستومی قبلاً ساکشن شده است، پانسمان کثیف را بردارید و پیش از درآوردن دستکش‌ها، آنها را معدوم نمایید.

تمیزکردن تراکئوستومی: کانول یک بار مصرف داخلی

۹ – بسته کانولای داخلی یک بار مصرف را به دقت باز نمایید و مراقب باشید که کانولا و یا داخل بسته را آلوده نکنید (شکل ۱). با اپلیکاتور پنبه‌ای، با دقت بسته را باز کنید و مراقب باشید که آنها را آلوده نکنید. ظرف استریل را باز کنید و ۰/۵ اینچ از آن را با سالین پر کنید. کیسه پلاستیکی یک بار مصرف را باز کرده و آن را در دسترس قرار دهید.

۱۰ – دستکش‌های یک بار مصرف بپوشید.

۱۱ – در صورت وجود منبع اکسیژن، آن را بردارید. کانولای خارجی تراکئوستومی را با دست غیرغالب خود محکم نمایید. کانولای داخلی را با دست غالب خود برداشته و با فشار دادن دکمه آن، قفل آن را باز کنید (شکل ۲). به آرامی، کانول داخلی را بردارید و آن را به داخل سطل آشغال بیاندازید. اگر از قبل برداشته نشده، پانسمان محل را باز کرده و در سطل بیاندازید.

دلیل

توضیح دادن به بیمار ترس وی را از بین می‌برد. حتی اگر بیمار غیرهوشیار به نظر می‌رسد، پرستار موظف است درباره آنچه که انجام می‌گیرد، به وی توضیح دهد. هرگونه اقدامی که با تنفس بیمار سر و کار دارد، برای وی ترس‌آور است.

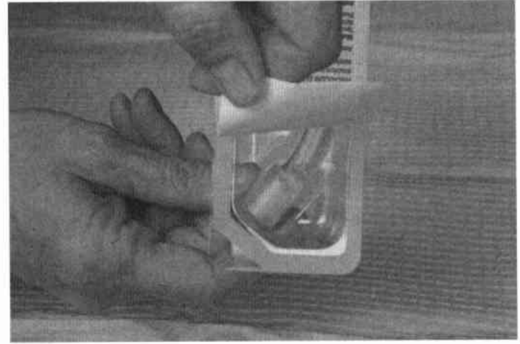
قراردادن تخت در ارتفاع مناسب از کشیدگی عضلات کمر جلوگیری می‌کند. وضعیت نشسته، انجام سرفه و تنفس را برای بیمار آسان‌تر می‌کند. نیروی جاذبه نیز ورود کاتتر را تسهیل می‌کند. وضعیت خوابیده به پهلو از مسدودشدن راه تنفسی جلوگیری نموده و درناژ ترشحات را تسهیل می‌کند. میز کنار تخت، سطح کار شما را فراهم می‌کند و باعث حفظ استریلیته وسایل می‌گردد. قراردادن ظرف آشغال در دسترس، باعث می‌شود که برای دورانداختن وسایل از حیطه محیط کار خارج نشوید.

پوشیدن وسایل حفاظتی از تماس با آلودگی جلوگیری می‌کند. ساکشن‌کردن باعث برداشت ترشحات می‌شود و بدین ترتیب از بسته‌شدن کانولای خارجی پس از خارج‌شدن کانولای داخلی جلوگیری می‌کند.

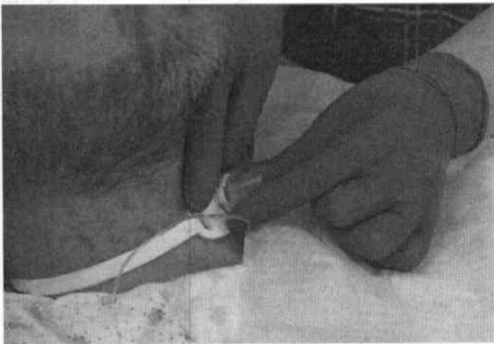
کانول داخلی باید استریل باشد. سالین و اپلیکاتورها برای تمیزکردن محل تراکئوستومی مورد استفاده قرار می‌گیرند. کیسه پلاستیکی یک بار مصرف برای دورانداختن کانولای داخلی برداشته شده مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دستکش‌ها مانع از تماس با خون و مایعات بدن می‌شوند.

محکم‌کردن صفحه پایه تراکئوستومی از آسیب آن و ایجاد درد جلوگیری می‌کند. بازکردن قفل سبب می‌شود تا بتوانید کانول داخلی را درآورید.



شکل ۱. بازکردن بسته حاوی کانول داخلی یک بار مصرف، با دقت.



شکل ۲. بازکردن قفل کانول داخلی.

کار

۱۲ – دستکش‌ها را دور بیاندازید و دستکش استریل بپوشید. کانول داخلی جدید را با دست غالب خود بردارید. صفحه پایه را با دست غیرغالب خود محکم کنید و کانول داخلی را به آرامی در داخل کانول خارجی بگذارید. زبانه را فشار دهید تا قفل به کانولای خارجی نیز بچسبد (شکل ۳). در صورت نیاز، منبع اکسیژن را دوباره مورد استفاده قرار دهید.

دلیل

دستکش‌های استریل برای جلوگیری از آلودگی کانول داخلی جدید ضروری هستند. قفل‌کردن کانول خارجی ما را مطمئن می‌سازد که کانولای داخلی در جای خود قرار گرفته است. منبع اکسیژن می‌تواند برای بیمار مورد استفاده قرار گیرد.

استفاده از پانسمان و نوار تمیز

۱۳ – در صورت لزوم، منبع اکسیژن را بردارید. اپلیکاتوری را که به نوک آن پنبه پیچیده شده است، در محلول نمکی فرو برده و زیر سوراخ صفحهٔ رویی تراکئوستومی را پاک کنید. از هر اپلیکاتور فقط یک بار استفاده کنید و آن را از محل سوراخ به طرف خارج حرکت دهید (شکل ۴).

محلول نمکی، بافت را تحریک نمی‌کند. تمیزکردن از سمت سوراخ به طرف خارج و فقط یک بار استفاده از هر اپلیکاتور، وضعیت استریل را حفظ می‌کند.

۱۴ – با گاز ۴×۴ اینچی، پوست را به آرامی خشک کنید.

گاز رطوبت اضافی را خشک می‌کند.

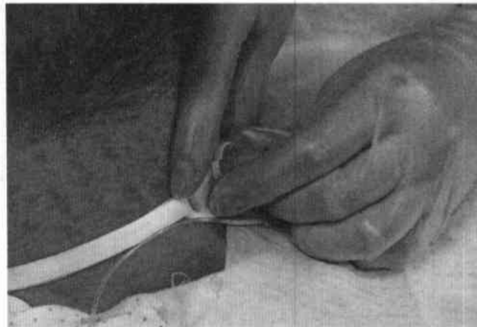
۱۵ – پانسمان آماده تجاری ویژه تراکئوستومی یا گاز ۴×۴ تا شده‌ای را که از جنس کتان نباشد، زیر صفحه تراکئوستومی بلغزانید.

اگر از گاز کتان استفاده شود، ممکن است رشته‌های پنبه به داخل نای کشیده شده، نای را تحریک کنند و دیسترس تنفسی ایجاد نمایند، یا ممکن است وارد تراکئوستومی شده و سبب تحریک و یا عفونت شوند.

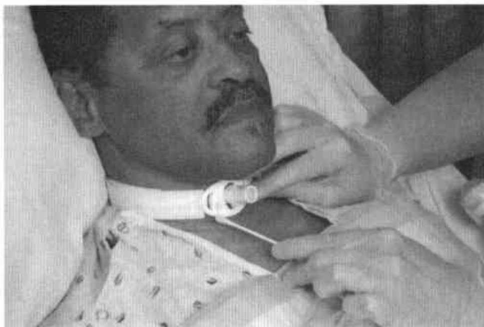
۱۶ – بند تراکئوستومی را عوض کنید.

الف) برای نگه‌داشتن لوله تراکئوستومی در سر جای خود در حین تعویض گردنبند کهنه با نو، از یک فرد دیگر نیز کمک بخواهید.

با نگه‌داشتن لوله تراکئوستومی در سر جای خود، مطمئن می‌شوید که با سرفه‌کردن یا حرکت نمودن بیمار، تراکئوستومی از جای خود خارج نمی‌شود.



شکل ۳. قفل‌کردن کانول داخلی جدید در محل مورد نظر.



شکل ۴. تمیزکردن از محل استوما به طرف خارج.

کار

ب) بسته گردنبند تراکئوستومی جدید را باز نمایید.
ج) هر دو پرستار باید دستکش‌های تمیز بپوشند.

د) یک پرستار صفحه رویی تراکئوستومی را نگاه داشته و پرستار دیگر به طور همزمان، نوار ولکرو را می‌کشد. گردنبند را به آرامی درآورید.

ه) پرستار اول همچنان صفحه تراکئوستومی را نگاه می‌دارد.
و) پرستار دیگر، گردنبند را به دور گردن بیمار می‌اندازد و دو انتهای نوار را به دو سمت صفحه می‌اندازد و سپس نوار را محکم می‌کند (شکل ۵).
ز) میزان سختی گردنبند تراکئوستومی را چک کنید. شما باید بتوانید یک انگشت خود را از فضای بین گردنبند و تراکئوستومی عبور دهید. مطمئن شوید که بیمار می‌تواند به راحتی گردن خود را خم کند. در صورت لزوم، دوباره از منبع اکسیژن استفاده کنید (شکل ۶).
۱۷ – دستکش‌ها را درآورید. محافظ صورت یا عینک و ماسک را درآورید. بیمار را در وضعیتی راحت قرار دهید. نرده‌های کنار تخت را بالا برده و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.

۱۸ – وضعیت تنفسی بیمار را مجدداً ارزیابی کنید که شامل تعداد تنفس، کوشش تنفسی، اشباع اکسیژن و صداهای ریوی می‌شود.

دلیل

دسترسی به گردنبند جدید.
دستکش‌ها سبب حفاظت از پرستار در برابر تماس با خون، مایعات بدن و مواد آلوده می‌گردند.
با نگه‌داشتن لوله تراکئوستومی در سر جای خود، مطمئن می‌شوید که با سرفه‌کردن و یا حرکت نمودن بیمار، تراکئوستومی از جای خود خارج نمی‌شود. کشیدن نوار ولکرو سبب شل‌شدن گردنبند می‌شود.
از خروج اتفاقی آن جلوگیری می‌کند.
محکم‌کردن نوار باعث نگاه‌داشتن تراکئوستومی در سر جای خود می‌گردد و از خارج‌شدن اتفاقی آن جلوگیری می‌کند.

ردشدن یک انگشت از زیر گردنبند به این معناست که می‌توان گردن را به راحتی خم نمود و همچنین اطمینان حاصل می‌شود که گردنبند بر جریان خون آن ناحیه خللی وارد نخواهد کرد. اکسیژن بیمار را فراهم می‌کند.

درآوردن PPE، به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. راحتی بیمار تضمین می‌شود. وضعیت‌دهی مناسب بیمار، بالابردن نرده‌های کنار تخت و تنظیم تخت در ارتفاع مناسب، راحتی و امنیت بیمار را فراهم می‌آورد.
بررسی وضعیت تنفسی، اثربخشی مداخلات را مشخص نموده و وجود هرگونه اختلالی را نشان می‌دهد.



شکل ۵. محکم‌کردن نوار بر روی دسته تراکئوستومی.



شکل ۶. استفاده مجدد از منبع اکسیژن.

کار	دلیل
۱۹ - محافظ صورت یا عینک و ماسک را درآورید. در صورت استفاده از PPEهای اضافی، آنها را خارج سازید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها مانع از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

ارزیابی‌های قبل و بعد، شامل محل ارزیابی، حضور درد، صداهای ریه، و سطح اشباع اکسیژن را یادداشت کنید. بروز شکستگی پوست که ممکن است نتیجه‌ی آسیب یا فشار در گردن تراکئوستومی باشد را یادداشت کنید. مراقبت‌های داده شده را ذکر کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار به شدت سرفه می‌کند و تراکئوستومی جابجا شده است: باید تراکئوستومی دیگر و ابتراتور در کنار بالین بیمار قرار گیرد. ابتراتور را در تراکئوستومی جدید قرار داده و آن را در استوما بگذارید. ابتراتور را خارج کنید و نوار دور گردن را گره بزنید و لوله را فیکس کنید. به صداهای ریه گوش کنید. بافت زیرجلدی را از نظر آمفیزم کنترل کنید.
- تراکئوستومی خارج می‌شود و به راحتی جایگزین نمی‌شود: فوراً به پزشک گزارش دهید. این وضعیت اورژانسی است. حفره تراکئوستومی را بپوشانید و به تنفس بیمار به هر نحو ممکن کمک کنید. ممکن است پیش‌بینی‌های لازم جهت احیاء تنفسی مورد نیاز باشد.
- در حین لمس اطراف تراکئوستومی متوجه آمفیزم زیرجلدی می‌شوید: جابجایی لوله تراکئوستومی را بررسی کنید. اگر لوله جابجا شده است به محل آمفیزم زیرجلدی توجه کنید. آمفیزم زیرجلدی و جابجایی لوله تراکئوستومی را به پزشک گزارش کنید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- وقتی یک پرستار به تنهایی نوار تراکئوستومی جدید را در محل گره تعویض می‌کند نباید گره قبلی را تا واردکردن گره جدید بیرون بیاورد زیرا ممکن است تراکئوستومی جابجا شود اگر لازم است ابتدا گره قدیمی باز شود باید از فرد دیگری برای

نگهداری تراکئوستومی در محل کمک گرفته شود تا گره قدیمی باز شود و گره جدید جایگزین شود.

- تجهیزات فوری باید در دسترس باشد. آمبوبگ، اکسیژن، ابتراتور، لوله تراکئوستومی هم سایز و تجهیزات ساکشن نزدیک تخت بیمار قرار می‌گیرد.
- اگر بیمار از تراکئوستومی بدون کاف استفاده می‌کند یک لوله تراکئوستومی کوچکتر را برای موارد اورژانسی در کنار بالین بیمار قرار دهید.

ملاحظات و مراقبت های در منزل

- به بیمار و فرد مراقبت‌دهنده، آموزش‌های مراقبت از تراکئوستومی داده می‌شود. پرستار، شیوهٔ مراقبت آنها را مشاهده کرده و بازخورد مناسب را ارائه می‌کند.
- می‌توان در منزل از شیوهٔ تمیز به جای شیوهٔ استریل استفاده کرد.
- با مخلوط‌کردن یک قاشق چایخوری نمک خوراکی در یک لیتر آب و جوشاندن آن برای پانزده دقیقه، می‌توان محلول نمکی استریل فراهم کرد. سپس محلول سرد شده و در ظرف خشک و تمیز نگهداری شود. در پایان هر روز برای پیشگیری از رشد باکتری‌ها، محلول نمکی دور ریخته می‌شود.
- اگر بیمار از خودش مراقبت می‌کند، پرستار به وی توصیه می‌کند از آینه برای دیدن مراحل کار استفاده کند.

روش کار ۶-۱۳ ساکشن‌کردن تراکئوستومی: سیستم باز

نکات قابل توجه

ساکشن کردن تراکئوستومی فقط توسط پرستار مجاز انجام می‌شود کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- ساکشن قابل حمل یا دیواری به همراه لوله‌های مربوطه
- بسته‌بندی استریل ساکشن حاوی مجموع وسایل زیر در یک بسته یا در بسته‌بندی‌های جداگانه: (ملاحظات خاص را ببینید)
- کاتتر استریل ساکشن با سایز مناسب همراه با دریچه Y شکل
- ظرف استریل، یک بار مصرف
- دستکش استریل
- دستکش یکبار مصرف تمیز
- PPE اضافی، در صورت لزوم
- عینک محافظ و ماسک یا محافظ صورت
- آمبوبگ که به اکسیژن ۱۰۰٪ متصل باشد.
- حوله یا پد ضد آب

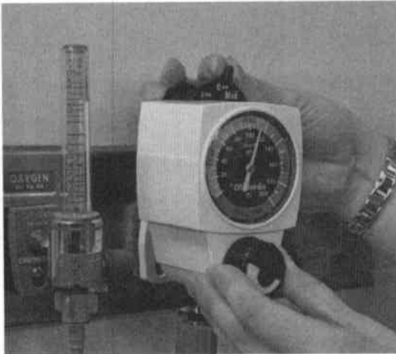
روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - وسایل ضروری را در کنار تخت و یا بر روی میز کنار تخت قرار دهید.	قراردادن تمامی وسایل در کنار تخت سبب صرفه‌جویی در وقت و انرژی می‌شود. چیدن وسایل در نزدیکی و دسترس سبب سهولت در انجام کار، جلوگیری از هدررفتن زمان و جلوگیری از کشیدگی و پیچ‌خوردگی غیرضروری عضلات پرستار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید.	این عمل خلوت بیمار را تضمین می‌کند.
۵ - نیاز برای ساکشن را تعیین کنید. در پرونده بیمار دستور پزشکی برای ساکشن را بررسی کنید. وجود درد و یا احتمال ابتلا به درد را بررسی کنید. در صورت تجویز، پیش از ساکشن‌کردن، به بیمار مسکن بدهید.	برای به حداقل رساندن آسیب به مخاط راه هوایی، ساکشن تنها باید زمانی انجام گیرد که ترشحات تجمع پیدا کرده و یا صدای تنفسی غیرطبیعی شنیده می‌شود. ساکشن‌کردن می‌تواند باعث درد متوسط تا شدید برای بیمار شود. برای هر بیماری باید اقدام ضد درد اختصاصی انجام شود. ساکشن‌کردن باعث تحریک سرفه می‌شود که برای بیمارانی که دارای برش جراحی هستند، دردزا می‌باشد.

کار	دلیل
۶ - نحوه کار و دلیل انجام آن را برای بیمار توضیح دهید، حتی اگر بیمار هوشیار به نظر نمی‌رسد. به بیمار اطمینان خاطر دهید که در صورت بروز مشکل تنفسی برای وی، عملیات را متوقف خواهید نمود.	توضیح دادن به بیمار سبب رفع ترس وی می‌شود، حتی اگر بیمار به نظر، غیرهوشیار باشد نیز پرستار مؤظف است راجع به نحوه انجام کار برای وی توضیح دهد. هرگونه اقدامی که سیستم تنفسی را درگیر سازد، برای بیمار وحشت‌آور است.
۷ - تخت را در ارتفاع مناسب برای انجام کار تنظیم کنید که این ارتفاع معمولاً در سطح آرنج پرستار است. اگر بیمار هوشیار است، به وی کمک کنید تا در وضعیت نیمه نشسته قرار گیرد (شکل ۱). اگر بیمار هوشیار نیست، وی را به پهلو قرار دهید به نحوی که چهره‌اش به سمت شما باشد. میز روی تخت را نزدیک محل انجام کار خود آورده و تا ارتفاع کم خود بالا آورید.	این عمل سبب پیشگیری از کشیدگی کمر و عضلات پرستار می‌شود. وضعیت نشسته به بیمار کمک کند آسان‌تر سرفه کرده و تنفس کند. در این وضعیت، نیروی جاذبه نیز به ورود کاتتر کمک می‌کند. وضعیت خوابیده به پهلو، از انسداد راه هوایی پیشگیری کرده و تخلیه ترشحات را تسهیل می‌کند. میز روی تخت سطح کاری فراهم می‌کند و استریلیته‌ی وسایل روی میز کاری فراهم خواهد شد.
۸ - حوله یا پد ضد آب را بر روی سینه بیمار قرار دهید.	این عمل از ملحفه و بیمار محافظت می‌کند.
۹ - فشار دستگاه ساکشن را در حد مناسب تنظیم کرده و آن را روشن کنید (شکل ۲). فشار منفی باید در حد ایمن باشد در غیر این صورت ممکن است مخاط نای آسیب ببیند. ساکشن دیواری: بزرگسال: ۱۰۰-۱۵۰mmHg؛ نوزاد: ۶۰-۸۰mmHg؛ شیرخوار: ۸۰-۱۲۵mmHg؛ بچه: ۸۰-۱۲۵mmHg؛ نوجوانان: ۸۰-۱۵۰mmHg ساکشن قابل حمل: بزرگسال: ۱۰-۱۵cmHg؛ نوزاد: ۶-۸cmHg؛ شیرخوار: ۸-۱۰cmHg؛ بچه: ۸-۱۰cmHg؛ نوجوانان: ۸-۱۵cmHg دستکش یک بار مصرف تمیز بپوشید و انتهای لولهٔ متصل را ببندید تا فشار ساکشن را چک کنید. لولهٔ اتصالی را در وضعیت مناسبی قرار دهید. در صورتی که استفاده می‌کنید، کیسهٔ احیا (آمبوبگ) را به اکسیژن متصل کرده و در دسترس قرار دهید.	فشار زیاد می‌تواند سبب آسیب شدید، هیپوکسمی و آتلکتازی شود. دستکش از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کند. کنترل فشار تضمین می‌کند که دستگاه به درستی کار می‌کند.
۱۰ - بسته‌بندی استریل ساکشن را با استفاده از تکنیک ضد عفونی باز نمایید. از جعبه بازشده به عنوان مخزن یا محیط استریل استفاده کرده و بقیه وسایل را در آن قرار دهید. با دقت، محفظه استریل را بردارید و فقط سمت بیرونی آن را لمس کنید. آن را در محل کار قرار دهید و سالین استریل را در آن بریزید.	نرمال سالین یا آب استریل برای لغزنده‌کردن بخش خارجی کاتتر به کار می‌رود تا سبب حداقل تحریک مخاط در حین ورود لوله شود. علاوه بر این، از این محلول‌ها برای تمیزکردن کاتتر در بین دفعات ساکشن‌کردن استفاده می‌شود.



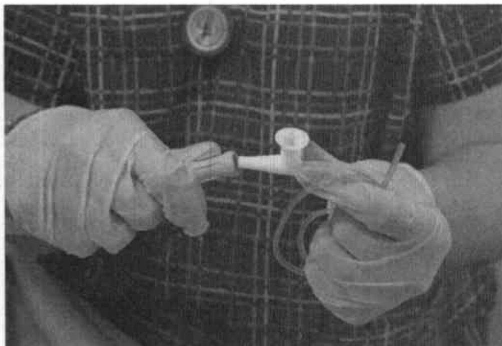
شکل ۱. وضعیت قرارگیری بیمار به صورت نیمه نشسته.



شکل ۲. روشن کردن ساکشن و تنظیم فشار آن.



شکل ۳. پوشیدن عینک، ماسک.



شکل ۴. اتصال کاتتر ساکشن به تیوپ ساکشن.

کار

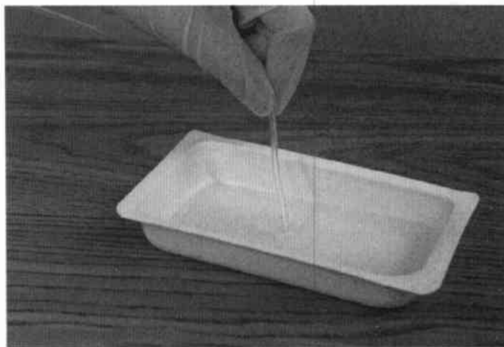
۱۱ – محافظ صورت و یا عینک و ماسک بپوشید (شکل ۳). دستکش‌های استریل بپوشید. با دست غالب کاتتر را بردارید و آن را همچنان به صورت استریل حفظ نمایید. دست غیرغالب تمیز در نظر گرفته می‌شود، نه استریل و توسط آن دریچه ساکشن (دریچه Y) واقع بر کاتتر کنترل می‌شود.

۱۲ – با دست دستکش پوشیده غالب خود، کاتتر استریل را بردارید. لوله را به درد با دست غیرغالب خود برداشته و سپس آن را به کاتتر ساکشن متصل نمایید (شکل ۴).

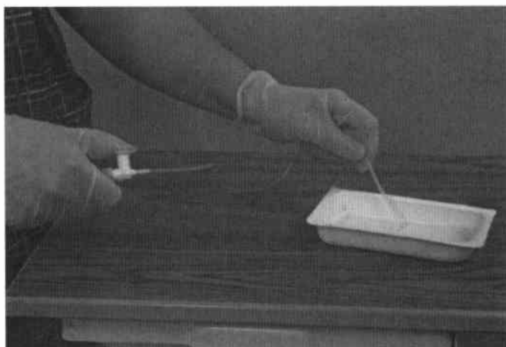
دلیل

بکارگیری کاتتر استریل به وسیله استفاده از دستکش استریل سبب کمک به ممانعت از ورود ارگانیسم‌ها به داخل مجاری تنفسی می‌شود. دستکش تمیز از پرستار در مقابل میکروارگانیسم‌ها محافظت می‌کند.

استریلیته کاتتر ساکشن حفظ می‌شود.



شکل ۵. مرطوب کردن کاتتر با محلول سالین نرمال.



شکل ۶. نحوه مسدودکردن قسمت Y شکل لوله برای کنترل عملکرد مناسب ساکشن.

کار

۱۳ – با قراردادن کاتتر در محفظه حاوی سالین استریل، آن را مرطوب نمایید، مگر اینکه کاتتر از جنس سیلیکون باشد (شکل ۵). لوله Y شکل را مسدود کنید تا ساکشن را کنترل نمایید (شکل ۶).

دلیل

لغزنده‌سازی داخل کاتتر با محلول سالین به برداشت ترشحات داخل کاتتر کمک می‌کند. کاتترهای سیلیکونی نیازی به مرطوب‌شدن ندارند. کنترل‌کردن سبب اطمینان از صحت کارکردن دستگاه می‌شود.

کار

۱۴ – با استفاده از دست غیرغالب خود، کیسه احیا را در دست خود بگیرید و بیمار را هیپرونتیله نمایید. ۳ تا ۶ تنفس به بیمار بدهید و یا مکانیسم آهسته را در دستگاه تهویه کننده مکانیکی انتخاب نمایید.

دلیل

هیپراکسیژناسیون و هیپرونتیلاسیون به جلوگیری از ایجاد هیپوکسمی در حین ساکشن کردن کمک می‌کند.

کار

۱۵ – رابط لوله ونتیلاتور مکانیکی را باز نموده و تجهیزات اکسیژن‌رسانی را با دست غیرغالب خود بردارید.

دلیل

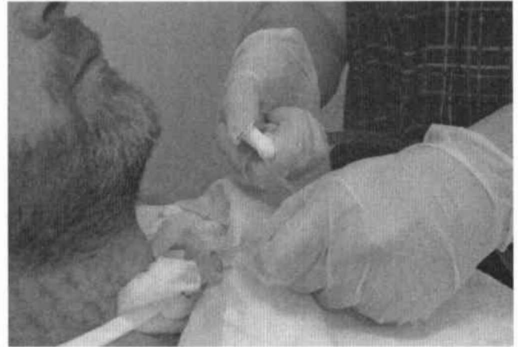
این کار سبب نمایان‌شدن لوله تراکئوستومی می‌شود، بدون اینکه دستکش استریل را آلوده سازد.

کار

۱۶ – با استفاده از دست غالب خود، کاتتر را به آرامی و در عین حال، سریع وارد نای کنید. کاتتر را تا طول از پیش تعیین شده به داخل نای وارد نمایید. در حین واردکردن کاتتر، پورت Y شکل را مسدود نکنید.

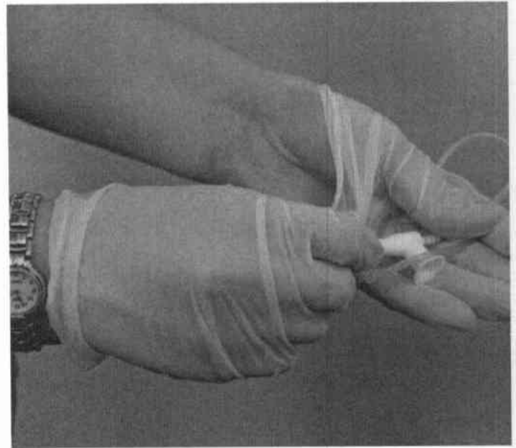
دلیل

تماس کاتتر و ساکشن با نای سبب آسیب مخاط نای، از بین رفتن مژک‌ها، ادم و فیبروز شده و خطر عفونت و خون‌ریزی را نیز افزایش می‌دهد. واردکردن کاتتر به اندازه تعیین شده، از تماس آن با نای و کارینا جلوگیری نموده و اثرات ناشی از آسیب مخاط نای را کاهش می‌دهد. در صورت وجود مقاومت، لوله با کارینا یا مخاط نای تماس پیدا کرده است. پیش از ساکشَن کردن، کاتتر را حداقل به مقدار ۰/۵ اینچ بیرون بیاورید. ساکشن‌کردن با وجود حضور کاتتر، خطر آسیب مخاط راه هوایی و ابتلا به هیپوکسمی را افزایش می‌دهد.



شکل ۷. بکارگیری ساکشن منقطع در جریان خارج کردن کاتتر.

کار	دلیل
۱۷ - با انگشت شست دستی که دستکش استریل دارد، به طور متناوب رابط Y شکل را مسدود کنید تا ساکشن به طور متناوب انجام شود. هنگام بیرون آوردن کاتتر، آن را به آرامی توسط انگشتان شست و نشانهٔ دست دارای دستکش استریل، بچرخانید (شکل ۷). اجازه ندهید عمل ساکشن‌کردن بیش از ۱۰ تا ۱۵ ثانیه طول بکشد.	چرخاندن کاتتر در حین خارج‌کردن آن، به پاک‌کردن سطوح مجرای تنفسی کمک کرده و مانع آسیب به غشای نای می‌شود. ساکشن‌کردن برای بیش از ۱۰ تا ۱۵ ثانیه ممکن است به هیپوکسمی منتهی شود. انجام سریع عمل ساکشن ممکن است در پاک‌کردن تمامی ترشحات بی‌تأثیر باشد.
۱۸ - با استفاده از دست غیرغالب خود و یک کیسه احیای دستی (کیسه تنفسی)، ۳ تا ۶ تنفس به بیمار بدهید. در صورت امکان، دستگاه تحویل اکسیژن را جایگزین کنید و از بیمار بخواهید چندین نفس عمیق بکشد. اگر بیمار به طور مکانیکی تهویه می‌شود، رابط لوله ونتیلاتور مکانیکی را ببندید و از مکانیسم sigh در ونتیلاتور مکانیکی استفاده کنید.	ساکشن‌کردن سبب برداشت هوا از مجاری هوایی بیمار شده و می‌تواند باعث هیپوکسمی شود. هیپرونتیلاسیون می‌تواند در جلوگیری از بروز هیپوکسمی ناشی از ساکشن کمک‌کننده باشد.
۱۹ - کاتتر را با سالین شستشو دهید. اثربخشی عمل ساکشن‌کردن را بررسی کنید و در صورت لزوم و یا برطبق تحمل بیمار آن را چندین بار تکرار نمایید. در بین فواصل ساکشن‌کردن، کاتتر ساکشن را دور تا دور دست غالب خود بپیچانید.	شستشوی کاتتر سبب تمیزی آن شده و آن را برای استفاده بعدی لغزنده می‌سازد. بررسی مجدد، نیاز به ساکشن کردن‌های اضافی را مشخص می‌کند. از آلوده‌شدن ناخواسته کاتتر جلوگیری می‌کند.
۲۰ - در صورت نیاز به ساکشن اضافی، بین انجام آنها حداقل ۳۰ ثانیه تا یک دقیقه وقت بگذارید. در هر دوره از عمل ساکشن‌کردن نباید بیش از ۳ بار ساکشن انجام داد. به بیمار توصیه کنید که در بین انجام مراحل ساکشن، سرفه کرده و نفس عمیق بکشد. پس از ساکشن کردن نای، حلق دهانی را نیز ساکشن نمایید. پس از ساکشن نمودن دهان، کاتتر ساکشن را وارد تراکئوستومی نکنید.	دادن فاصله در بین مراحل ساکشن‌کردن سبب ونتیلاسیون و اکسیژن‌رسانی مجدد مجرای هوایی می‌شود. ساکشن‌کردن بیش از اندازه می‌تواند سبب اختلالاتی شود. استفاده یک در میان از سوراخ‌های بینی آسیب را کاهش می‌دهد. معمولاً میکروارگانیسم‌های بیشتری در دهان وجود دارند، بنابراین جهت جلوگیری از انتشار آلودگی، دهان را در آخر ساکشن می‌کنند.



شکل ۸. خارج‌کردن دستکش به طوری که کاتتر داخل آن قرار گیرد.

کار	دلیل
۲۱ - هنگامی که ساکشن کردن به اتمام رسید، دستکش دست غالب را به همراه کاتتر کثیف داخل آن در آورید، بدین صورت که دستکش پشت و رو شود (شکل ۸). دستکش دست غیرغالب را نیز درآورده و آن را به همراه کاتتر و ظرف مایع معدوم نمایید. بیمار را در وضعیتی راحت قرار دهید. نرده‌های کنار تخت را بالا آورده و تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.	این تکنیک، انتشار میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد و راحتی بیمار را تضمین می‌کند. وضعیت‌دهی مناسب بیمار، بالابردن نرده‌های کنار تخت و تنظیم تخت در ارتفاع مناسب سبب امنیت و آسایش بیمار می‌شود.
۲۲ - ساکشن را خاموش کنید. اکسیژن کمکی را که برای ساکشن‌کردن قرار داده‌اید، درآورید. محافظ صورت، عینک و ماسک را بردارید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۲۳ - پس از ساکشن‌کردن دهان بیمار را نظافت نمایید.	اگر ترشحات تنفسی در دهان تجمع یابند، برای غشاهای مخاطی تحریک‌کننده بوده و برای بیمار ناخوشایند می‌باشند.
۲۴ - وضعیت تنفسی بیمار را بررسی کنید، از قبیل تعداد تنفس، کوشش تنفسی، اشباع اکسیژن و صداهای ریوی.	این بررسی‌ها، اثربخشی ساکشن‌کردن و وجود اختلالات را نشان می‌دهند.
۲۵ - در صورت استفاده از PPE اضافی، آن را در آورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

زمان ساکشن، ارزیابی پیش و پس از مداخله، علت ساکشن و مشخصات و میزان ترشحات را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار به شدت سرفه می‌کند و یا تیوپ جابجا شده است: تراکئوستومی را جدا کنید و ابتراتور را در جای آن قرار دهید. سپس مجدداً تراکئوستومی را در محل سوراخ (استوما) قرار دهید. ابتراتور را خارج کنید. گره نوار تراکئوستومی را فیکس کنید، به صداهای ریه گوش کنید، بافت زیرجلدی را از نظر آمفیزم احتمالی لمس کنید.
- تراکئوستومی خارج می‌شود و به راحتی جایگزین نمی‌شود فوراً به پزشک گزارش دهید. این وضعیت اورژانسی است حفره تراکئوستومی را بپوشانید و به تنفس بیمار به هر نحو ممکن کمک کنید. ممکن است پیش‌بینی‌های لازم جهت احیاء تنفسی مورد نیاز باشد.
- صداهای ریه بهبود نیافته و اشباع اکسیژن پس از ۳ بار ساکشن کافی نیست: اجازه دهید وضعیت بیمار بعد از اولین نوبت ساکشن بهبود یابد. در صورت نیاز او را هیپراکسیژنه کنید و مجدداً بیمار را ساکشن کنید تا اشباع اکسیژن افزایش یافته و صداهای ریه بهتر شده و ترشحات کم شود.

ملاحظات خاص

- اندازه کاتتر مورد استفاده با سایز لوله تراکئوستومی باید هماهنگ شود. قطر کاتتر باید $\frac{۱}{۲}$ قطر لوله تراکئوستومی خارجی باشد. کاتترهای بزرگتر می‌توانند باعث صدمه و هیپوکسمی شود.
- تجهیزات فوری باید در دسترس باشد. آمبوبگ، اکسیژن و تجهیزات ساکشن باید در تمام زمان‌ها بالین بیمار وجود داشته باشد.

فصل ۱۴

مایعات، الکترولیت‌ها و تعادل اسید و باز

مترجم: سیده فاطمه جلالی‌نیا

روش کار ۱-۱۴ نصب و راه‌اندازی سرم داخل وریدی

نکات قابل توجه

نصب و راه‌اندازی سرم داخل وریدی توسط پرستار مجاز انجام می‌گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- محلول وریدی یا سرم تجویز شده
- سِت تزریق وریدی
- لوله‌های مربوط به سِت تزریق
- کاتتر تزریق وریدی (آنژیوکت، سرسوزن) یا سوزن پروانه‌ای (اسکالپ وین)
- تورنیکت
- گاز یا پانسمان شفاف (براساس خط‌مشی مرکز درمانی)
- سوآپ‌های تمیزکننده (ترجیحاً، کلرهگزیدین)، الکل ۷۰٪، بتادین قابل قبول هستند
- حوله یا پد یک بار مصرف
- وسیلهٔ الکترونیکی برای انفوزیون داخل وریدی (برحسب دستور پزشک)
- برچسب یا چسب برای مشخص‌کردن زمان (برای روی ظرف سرم)
- محافظت‌کننده محل تزریق یا توری ارتجاعی لوله‌ای شکل (اختیاری)
- چسب ضدحساسیت
- پایه سرم
- دستکش‌های تمیز
- پوشش محافظ پوست
- بی‌حس کننده موضعی (در صورت دستور)
- PPE اضافی در صورت نیاز
- سرنگ ۲ سی‌سی با نرمال سالین استریل برای تزریق
- برچسب ست تزریقی (برای تعویض بعدی)
- کاردکس دارویی (MAR) یا کاردکس کامپیوتری (CMAR)
- پنبه الکل
- ظرف مخصوص سوزن‌های استفاده شده

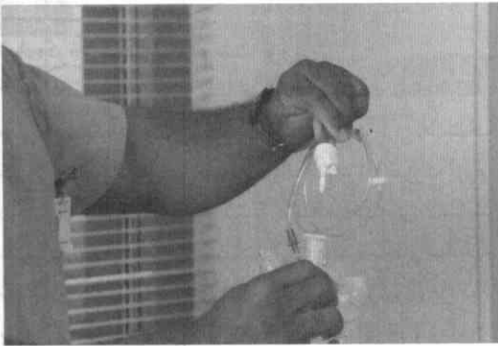
روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور تزریق وریدی را با دستور پزشک کنترل کنید. هرگونه عدم تطابق را مشخص نمایید. پروندهٔ بیمار را از نظر آلرژی بررسی نمایید. سرم را از نظر رنگ، شفافیت، تاریخ انقضاء و غیره بررسی کنید. از روش تزریق IV و احتیاط‌های لازم و هدف تجویز و مقدار آن آگاه باشید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری کنید.	با این کار اطمینان می‌یابید که محلول وریدی و سرعت انفوزیون و دارویی که با محلول انفوزیون می‌شود، صحیح است. این اطلاعات و مهارت برای تزریق وریدی درست و تجویز دارویی صحیح، ضروری هستند. مسئولیت بررسی عوارض احتمالی تزریق IV و بررسی تمام دستورات پزشک قبل از وصل نمودن سرم به عهده پرستار می‌باشد. هرگونه موارد غیرطبیعی مربوط به شکل یا مقدار سرم تجویز شده فوراً به پزشک اطلاع دهید. آماده کردن وسایل سبب بهبود ادارهٔ وقت به شکل مناسب و سازمان‌دهی انجام وظایف می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که انجام می‌دهید و لزوم انجام آن به بیمار توضیح دهید. از بیمار درباره سابقه هرگونه آلرژی دارویی، آلرژی به چسب یا ضد عفونی‌کننده‌های پوست سؤال کنید. اگر تصمیم به استفاده از بی‌حس‌کننده موضعی گرفته‌اید دربارهٔ وجود هرگونه آلرژی نسبت به این ماده مطمئن شوید.	این امر خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن به بیمار اضطراب وی را برطرف نموده و سبب تسهیل در همکاری وی می‌شود. حساسیت (آلرژی)های احتمالی نسبت به داروها، چسب یا بی‌حس‌کننده موضعی ممکن است وجود داشته باشد، بی‌حس‌کننده‌های تزریقی می‌توانند سبب بروز واکنش‌های آلرژیک و آسیب بافتی شوند.
۵ - اگر از بیحس‌کننده موضعی استفاده می‌کنید، دلیل انجام پروسیجر و نحوه انجام آن را برای بیمار توضیح دهید. بی‌حس‌کننده موضعی را در چند ناحیه از پوست تزریق کنید. وقت کافی را برای اعمال اثر دارو در نظر بگیرید.	توضیح دادن سبب اطمینان خاطر بیمار شده و باعث تسهیل در همکاری وی می‌شود. بیحس‌کننده‌های موضعی سبب کاهش احساس درد در نواحی تزریق شده می‌شوند. برخی از بیحس‌کننده‌ها برای اعمال اثر خود به حدود یک ساعت زمان نیاز دارند.

کار	دلیل
آماده‌کردن محلول IV و ست تزریق	
۶ – برچسب روی سرم را با مشخصات ثبت شده بیمار مقایسه کنید. در صورت لزوم، کیسه IV را از پلاستیک خارجی درآورید. تاریخ انقضاء را چک کنید. در صورت لزوم، بارکد روی سرم را اسکن کنید. مشخصات روی دستبند شناسایی بیمار را با مشخصات ثبت شده بیمار مقایسه نمایید. برچسبی را بر روی سرم چسبانده و بر روی آن نام بیمار، نوع محلول، مواد اضافه شده به آن، تاریخ و زمان را درج نمایید. یک محدوده زمانی را برای انفوزیون مشخص کنید و سرعت انفوزیون را براساس آن تنظیم کنید.	چک‌کردن برچسب با مشخصات بیمار سبب اطمینان از تزریق محلول صحیح می‌گردد. با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، سرم را دریافت می‌کند و از بروز اشتباه جلوگیری می‌شود. تعیین محدوده زمانی یک مرجع دیداری را برای پرستار فراهم می‌آورد که برطبق آن، از سرعت صحیح انفوزیون مطلع می‌گردد.
۷ – در حین بازکردن بسته استریل و محلول IV از تکنیک ضد عفونی استفاده کنید. ست تزریق را از داخل بسته درآورید. برچسب نشان‌دهنده تاریخ و ساعت را بر روی آن بچسبانید.	تکنیک ضد عفونی برای جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها ضروری است. چسباندن برچسب سبب تعویض ست تزریق برطبق زمان مشخص شده می‌گردد و بدین ترتیب خطر گسترش میکروارگانیسم‌ها کاهش می‌یابد.
۸ – کلمپ روی ست تزریق را ببندید (شکل ۱). محفظه سرم را برعکس نموده و درپوش ورودی آن را بردارید، به طوری که دستتان به محل ورودی برخورد نکند. درپوش روی ناحیه نیزه‌ای ورودی به ظرف سرم را برداشته و با حرکت دادن آن به صورت چرخشی و فشاری، آن را از ناحیه ورودی، وارد مخزن سرم نمایید (شکل ۲). می‌توانید به عنوان راهنما، از دستورات کارخانه سازنده استفاده کنید.	بستن ست تزریق مانع از ورود هوا می‌شود. برعکس کردن محفظه سرم سبب دستیابی آسان به محل ورودی می‌شود. تماس دست با ناحیه ورودی سرم و یا ناحیه نوک تیز ست سرم سبب آلودگی سرم و یا ست تزریق شده و باید آن را دور انداخت. واردکردن بخش نیزه‌ای ست سرم باعث بازشدن درب محفظه سرم شده و محتویات آن وارد ست می‌شود.
۹ – سرم را بر روی دسته سرم آویزان کنید. محفظه قطرات را فشار داده تا حداقل تا نصف آن پر شود (شکل ۳).	فشاردادن و سپس برداشتن فشار، باعث مکش مایع به داخل محفظه قطرات می‌شود. مایع از جریان یافتن هوا به داخل لوله ست جلوگیری می‌کند.
۱۰ – کلمپ ست تزریق را باز کرده تا مایع در لوله جریان یابد. برای استفاده از پمپ انفوزیون الکترونیک، به دستورات کارخانه سازنده توجه نمایید. مایع باید آن قدر در لوله جریان یابد تا قطرات هوای داخل آن از بین رفته و کل ست تزریقی با مایع پوشیده شود (شکل ۴). کلمپ را ببندید. برای برخی از ست‌ها لازم است که درپوش انتهای آنها برداشته شود تا مایع در طول آن جریان یابد. استریلیته ست را حفظ کنید. پس از پرشدن ست تزریق از مایع، درپوش انتهای ست را بگذارید.	این تکنیک باعث آماده‌سازی ست تزریق می‌شود و هوای داخل آن را خارج می‌کند. اگر هوا از داخل ست برداشته نشود، مقادیر زیاد آن می‌تواند به عنوان آمبولی عمل نماید. دست‌زدن به انتهای باز لوله تزریق سبب آلوده‌شدن آن می‌شود و بدین ترتیب باید آن را به دور انداخت.
۱۱ – اگر قرار است از یک دستگاه الکترونیک استفاده شود، برای قرار دادن لوله در دستگاه، طبق دستورات کارخانه سازنده عمل نمایید (شکل ۵).	این امر سبب استفاده صحیح از دستگاه می‌شود.



شکل ۱. بستن کلمپ بر روی ست تزریق.



شکل ۲. فروکردن بخش نیزه‌ای ست در بخش ورودی محفظه سر. بستن ست تزریق مانع از ورود هوا می‌شود.



شکل ۳. فشاردادن محفظه قطرات و پرکردن آن، حداقل تا نصف.

کار

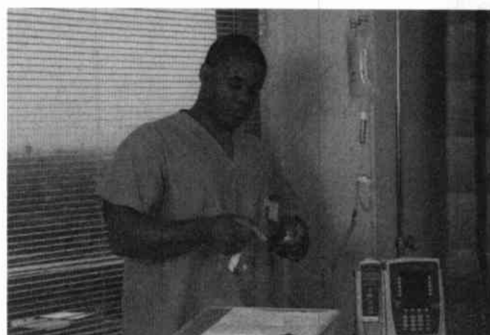
نحوه گرفتن ورید محیطی

۱۲ - بیمار را در وضعیت خوابیده به پشت در تخت قرار دهید. در زیر بازوی بیمار یک حوله یا پد ضد آب جهت محافظت قرار دهید.

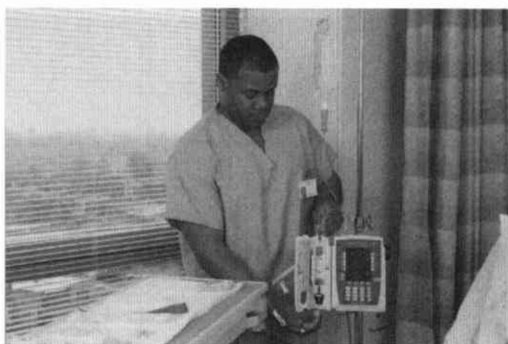
دلیل: در وضعیت خوابیده به پشت هم می‌توان از هر دو دست استفاده نمود و هم بدن در وضعیت خوبی قرار می‌گیرد. حوله از سطح زیر بیمار محافظت نموده و از آلودگی آن با خون جلوگیری می‌نماید.

۱۳ - در صورت لزوم، حمایت روانی و عاطفی را برای بیمار فراهم نمایید.

دلیل: بیمار ممکن است اضطراب داشته باشد، زیرا به طور کلی، واردکردن سوزن به بدن یا انفوزیون وریدی باعث ترس بیمار می‌شود.



شکل ۴. هواگیری ست تزریق



شکل ۵. قراردادن ست تزریق در دستگاه انفوزیون الکترونیکی

کار

۱۴ - کاتتر را از داخل بسته درآورید. بسته‌ی لوله‌ی کوتاه را باز کنید و انتهای درپوش را در صورتی که در جای خود قرار نداشت متصل کنید. انتهای لوله را با پنبه الکل تمیز کنید. سرنگی را که حاوی نرمال سالین است در انتهای آن قرار داده و با فشار دادن پیستون سرنگ، داخل کاتتر را از نرمال سالین پر کنید. سپس سرنگ را خارج نموده و سرنگ و همچنین کاتتر را داخل بسته مربوط به خود و در دسترس خود قرار دهید.

دلیل

پرکردن کاتتر از نرمال سالین سبب برداشت هوای داخل آن شده و از تزریق شدن هوا به داخل ورید جلوگیری می‌شود. در دسترس قراردادن کاتتر، سبب تسهیل در اجرای کار می‌شود.

۱۵ - محل ورید مناسب را انتخاب کرده و لمس نمایید. به راهنمایی‌ها در قسمت قبلی مراجعه کنید. اگر محل تزریق، آلودگی قابل مشاهده‌ای داشت آن ناحیه را با آب و صابون تمیز کنید.

استفاده از یک ورید مناسب، ناراحتی بیمار را کاهش داده و خطر آسیب بافتی را به حداقل می‌رساند.

۱۶ - اگر محل ورید پر مو است و راهکارهای مؤسسه اجازه می‌دهد، ۵ سانتی‌متر از دور تا دور منطقه تزریق را بتراشید.

مو می‌تواند محل خوبی برای رشد میکروارگانیسم‌ها باشد و همچنین از چسبیدن پانسمان جلوگیری می‌کند. احتیاط کنید شیو کردن ممکن است موجب خراش‌های ریز و افزایش احتمالی عفونت گردد.

۱۷ - دستکش بپوشید.

دستکش‌ها از تماس با خون و مایعات بدن جلوگیری می‌کنند.

۱۸ - جهت بستن جریان خون وریدی و متسع‌شدن ورید، یک تورنیکت ۳ تا ۴ اینچی (۷/۵ تا ۱۰ سانتی‌متری) را بالای محل تزریق ببندید (شکل ۶). انتهای تورنیکت را دور از محل تزریق نگه دارید. دقت کنید که هنوز نبض رادیال قابل لمس باشد.

مسدودکردن جریان خون به سمت قلب، باعث متسع‌شدن ورید می‌شود. ورید متسع شده را می‌توان به خوبی دید، لمس نمود و سوزن را وارد آن نمود. انتهای تورنیکت اگر نزدیک محل تزریق باشد می‌تواند سبب آلوده‌شدن آن محل گردد. تورنیکت ممکن است خیلی سفت بسته شده باشد احساس نبض رادیال بسیار مهم است نبض رادیال را چک کنید و مطمئن شوید که جریان خون در شریان قطع نشده باشد.



شکل ۶. بستن تورنیکت

کار

۱۹ – به بیمار آموزش دهید که بازوی خود را پایین‌تر از سطح قلب نگه دارد.

دلیل

نگه داشتن بازو در پایین‌تر از سطح قلب به اتساع وریدها از طریق پرشدن آنها کمک می‌کند.

۲۰ – از بیمار بخواهید که مشت خود را باز و بسته کند. برای پیداکردن ورید مناسب، آن را مشاهده و لمس کنید. اگر ورید قابل لمس نبود، از روش‌های زیر استفاده کنید:

انقباض عضلات ساعد، خون را با فشار به داخل وریدها می‌راند و در نتیجه باعث اتساع بیشتر آنها می‌شود.

الف) قسمت پایینی ورید را به آرامی ماساژ دهید.

ماساژ و ضربه‌زدن، به اتساع وریدها از طریق پرشدن آنها با خون کمک می‌کند.

ب) تورنیکت را باز کرده و به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه روی ناحیه ورید مورد نظر کمپرس گرم و خشک قرار دهید.

کمپرس گرم باعث گشادی وریدها می‌شود. استفاده از حرارت خشک احتمال جایگذاری موفق کاتتر وریدی را افزایش می‌دهد.

۲۱ – محل مورد نظر را با یک محلول ضد عفونی‌کننده از قبیل کلرهگزیدین تمیز کنید. نوک اپلیکاتور را به کلرهگزیدین آغشته کرده و با قراردادن آن بر روی پوست، به نرمی به جلو و عقب حرکت دهید. مدتی صبر کنید تا پوست به طور کامل خشک شود.

تمیز کردن ضروری است زیرا ارگانیسم‌های روی پوست می‌توانند توسط سر سوزن وارد بافت یا جریان خون شوند. کلرهگزیدین محلول ضد عفونی‌کننده انتخابی است، اما یدین، پوویدین آیودان (بتادین) و الکل ۷۰ درصد نیز می‌توانند بجای آن مورد استفاده قرار گیرند. حرکات مالشی موجب می‌شود محلول ضد عفونی کننده به طور مؤثر در لایه اپیدرم نفوذ کند.

۲۲ – به عنوان جایگزینی برای بیمارانی که به آسانی دچار خونمردگی می‌شوند یا ریسک خونریزی دارند و یا پوست شکننده دارند از کلرهگزیدین بدون مالش برای مدت ۳۰ ثانیه استفاده کنید و بگذارید تا کاملاً خشک شود.

ضد عفونی کردن ضروری است زیرا ارگانیسم‌های روی پوست می‌توانند توسط سر سوزن وارد بافت یا جریان خون شوند. مالش دادن موجب افزایش ریسک صدمه می‌گردد. حداقل ۳۰ ثانیه لازم است تا کلرهگزیدین تأثیر بگذارد.

۲۳ – دست غیرغالب خود را ۲/۵ تا ۵ سانتی (۱ تا ۲ اینچ) در پایین محل تزریق گذاشته و پوست را محکم بکشید. محلی را که ضدعفونی و آماده کرده‌اید، لمس نکنید. از بیمار بخواهید که در حین انجام کار بیحرکت باشد.

واردآوردن فشار بر روی ورید و بافت اطراف آن به جلوگیری از حرکت‌کردن ورید به هنگام واردکردن سوزن یا کاتتر کمک می‌کند. لازم است که محل ورود سوزن و کاتتر با دست غیرغالب آلوده نشود مگر اینکه دستکش استریل پوشیده باشید. حرکت بیمار از انجام مناسب جایگذاری کاتتر وریدی جلوگیری می‌کند.

کار

دلیل

۲۴ – در حالی که قسمت برجستهٔ کاتتر را با دست غالب نگه داشته‌اید، به آرامی کاتتر را وارد پوست کنید به طوری که قسمت مورب سوراخ نوک سوزن به طرف بالا و زاویهٔ ورود سوزن نیز ۱۰ تا ۱۵ درجه باشد (شکل ۷). کاتتر را می‌توان مستقیماً از روی ورید و یا از کنار آن وارد ورید نمود. در حالی که مسیر ورید را با چشم دنبال می‌کنید، سوزن یا کاتتر را به داخل آن هدایت کنید. وقتی سوزن وارد ورید می‌شود. می‌توان سوراخ‌شدن جدار ورید را احساس کرد.

با این کار می‌توان با حداقل آسیب و تروما سوزن یا کاتتر را وارد ورید نموده و مانع از سوراخ‌شدن ورید و عبور سوزن از دیوارهٔ ورید شد.

۲۵ – هنگامی که خون از طریق مجرای سوزن برگشت و یا وارد محفظهٔ انتهای کاتتر شد، ۳ تا ۶ میلی‌متر ($\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{8}$ اینچ) کاتیتر را در داخل ورید به جلو هدایت کنید. کاتتر باید تا جایی به وارد شود که برجستگی انتهای آن به محل تزریق برسد. اما تکنیک درست بستگی به نوع وسیله‌ای دارد که مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تورنیکت باعث ایجاد فشار داخل ورید و در نتیجه پس‌زدن خون می‌شود. خوب قراردادن و هدایت کاتتر در داخل ورید از خارج‌شدن آن از جای خود، جلوگیری می‌کند.

۲۶ – تورنیکت را باز کنید. سریعاً درپوش محافظ را از روی لولهٔ سرم برداشته و لوله را به کاتتر یا سرسوزن وصل نمایید. با دست غیرغالب، کاتتر یا سوزن را روی پوست ثابت کنید.

اگر وصل‌کردن کاتتر و لولهٔ سرم به آرامی انجام شود، خون‌ریزی به حداقل رسیده و مسیر ورودی باز می‌ماند.

۲۷ – کاتتر یا سر سوزن را محکم کنید. محل تزریق را با سرم نمکی از نظر وجود نشتی بررسی نمایید.

وجود نشتی مایع در محل تزریق و یا شکایت بیمار از درد و یا اظهار ناراحتی وی، نشان می‌دهد که تزریق وریدی موفق‌آمیز نبوده و باید دوباره انجام شود.

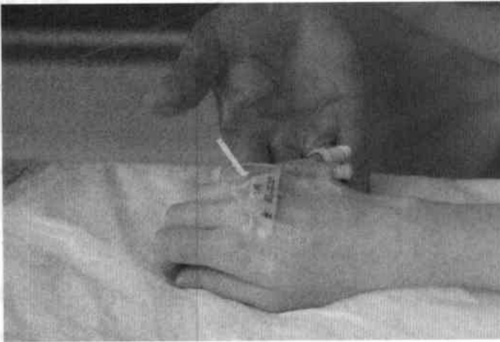
۲۸ – نوار محافظ را باز کرده و آن را روی پوست ناحیه مورد نظر قرار دهید. بر روی کاتتر پانسمان شفاف و یا چسب قرار داده و آن را محکم نمایید. لوله سرم را در نزدیکی محل کاتتر خم نموده و آن را با چسب (ضد حساسیت) به پوست بچسبانید.

محافظ پوست به چسبیدن پانسمان کمک کرده و خطر آسیب پوستی را در حین درآوردن پانسمان کاهش می‌دهد. پانسمان شفاف، دیدن ناحیه را امکان‌پذیر ساخته و از آن محافظت می‌کند. بعضی چسب‌ها می‌توانند به عنوان پانسمان محل تزریق نیز استفاده شوند. وزن لوله تزریق می‌تواند باعث درآمدن آن شود، البته در صورتی که به خوبی به پوست متصل نشده باشد چسب ضد حساسیت آسیب پوست را به حداقل می‌رساند.

۲۹ – بر روی پانسمان کاتتر، تاریخ، زمان، محل، نوع و اندازه کاتتر و یا سوزن مورد استفاده برای انفوزیون را یادداشت نمایید (شکل ۸).

در این صورت کارکنان دیگری که با آن سر و کار دارند، از نوع کاتتر مورد استفاده، محل تزریق و زمان انجام آن مطلع خواهند شد. محل کاتتر و یا محل گرفتن رگ باید هر ۷۲ تا ۹۶ ساعت برای بزرگسالان تعویض شود.


شکل ۷. کشیدن پوست و واردکردن سوزن


شکل ۸. محل دسترسی به ورید و برچسب روی آن.


شکل ۹. واردکردن ست تزریق به انتهای کاتتر وریدی.

کار

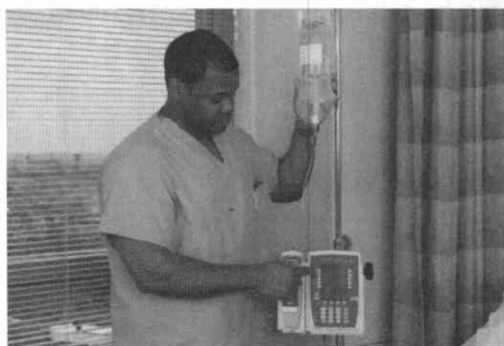
۳۰ – با استفاده از پنبه الکل، درپوش کاتتر را تمیز نمایید. درپوش انتهای لوله تزریق را بردارید و انتهای آن را وارد محل ورودی کاتتر نمایید (شکل ۹). لوله تزریق را خم کرده و آن را نزدیک به محل ورود کاتتر، با چسب (ضد حساسیت) به پوست بچسبانید. دستکش‌ها را درآورید.

۳۱ – کلمپ روی ست تزریق را باز کرده و انفوزیون مایع را آغاز نمایید (شکل ۱۰). می‌توانید میزان جریان مایع را با دستکاری کلمپ تنظیم کرده و با شمارش قطرات، میزان انفوزیون را مشخص کنید. جریان مایع و عملکرد دستگاه انفوزیون را بررسی کنید. محل ورود کاتتر را از نظر علایم نشت مورد بررسی قرار دهید (شکل ۱۱).

دلیل

واردکردن ست تزریق باعث جریان یافتن مایع تزریقی خواهد شد. وزن لوله به قدری است که می‌تواند باعث خروج آن از کاتتر شود، بنابراین باید آن را با چسب محکم نمود. چسب ضد حساسیت آسیب کمتری به پوست وارد می‌کند. درآوردن دستکش‌ها خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد.

با تنظیم میزان جریان و تعداد قطرات، اطمینان حاصل می‌شود که حجم صحیحی از محلول به بدن بیمار وارد می‌شود. اگر سوزن از جای خود خارج شود، مایع در بافت اطراف تجمع خواهد نمود (انفیلتراسیون).



شکل ۱۰. شروع انفوزیون مایع وریدی.



شکل ۱۱. بررسی محل ورود سوزن.

کار	دلیل
۳۲ - از وسیله حفاظت‌کننده یا محکم‌کننده کاتتر در کنار پانسمان استفاده نمایید و آن را برطبق دستورات مؤسسه به کار گیرید. هدف از بکارگیری سرم و اهمیت حفظ و مراقبت از محل ورود کاتتر را در حین استفاده از اندام‌ها به بیمار توضیح دهید.	این سیستم‌ها برای استفاده در تمامی وریدها و به خصوص ورید مرکزی توصیه می‌شوند تا از آن ناحیه محافظت نموده و مانع از جابجایی کاتتر یا خروج آن از محل شوند. برخی وسایل برای پانسمان محل به کار می‌روند. همچنین ممکن است از قبل استفاده شده باشند.
۳۳ - وسایل را بردارید و بیمار را در وضعیتی راحت قرار دهید. تخت را در پایین‌ترین وضعیت ممکن قرار دهید.	باعث آرامش و امنیت بیمار می‌شود.
۳۴ - PPEهای اضافی را درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE، به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۳۵ - پس از شروع تزریق، هر ۳۰ دقیقه یک بار، سرعت جریان مایع را کنترل و بافت اطراف محل تزریق را از نظر نشت مایع مورد مشاهده قرار دهید. از بیمار در مورد داشتن درد و ناراحتی در محل تزریق سؤال نمایید.	کنترل مداوم سیستم جهت حفظ و برقراری جریان مناسب بسیار مهم است. تشخیص سریع مشکلات، امکان مداخله سریع و به موقع را نیز فراهم می‌آورد.

ثبت

راهنمایی‌ها

مکانی که کاتتر وریدی قرار گرفته، همچنین سایز کاتتر یا سوزن، نوع محلول درون وریدی و میزان انفوزیون درون وریدی، همچنین استفاده از محافظ یا ابزار پایدار را ثبت کنید. مضافاً، شرایط محل، همچون بروز قرمزی، ورم، یا درناژ را ثبت کنید. واکنش بیمار به فرآیند را ثبت کنید و به بیمار آموزش دهید. در صورتیکه هرگونه درد از راه کاتتر درون وریدی یا بروز هرگونه التهاب در محل را تجربه کند، آن را به پرستار اطلاع دهد. محلول مایع وریدی در صفحه ی ثبت ورودی و خروجی را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- اگر اشتباهاً سوزن *IV* وارد شریان شد یا بیمار از گزگز و بی‌حسی و خارش ناحیه تزریق شکایت داشت: فوراً کاتتر را خارج

کنید محل تزریق را یک گاز استریل فشار دهید و به پزشک اطلاع دهید. توجه و رسیدگی سریع ممکن است از صدمات جلوگیری کند. اعصاب و شریان‌ها غالباً بسیار نزدیک محل وریدهای مورد استفاده می‌باشند.

- مایع به راحتی در ورید جریان نمی‌یابد: اندامی که تزریق وریدی در آن انجام شده است را تغییر پوزیشن دهید زیرا پوزیشن مخصوصی که بیمار دارد ممکن است از انفوزیون مایع وریدی جلوگیری کند. در صورتی که جریان مایع آزاد باشد ارتفاع پایهٔ سرم را افزایش دهید. این کار موجب افزایش جریان مایع می‌شود. تلاش کنید که جریان مایع وریدی را با ۲ تا ۳ میلی‌لیتر سالین در سرنگ برقرار کنید. جهت اطمینان از اینکه کلمپ ست سرم باز باشد، رابطهای ست وریدی را کنترل نمایید. در صورتی که هنوز جریان مایع برقرار نیست یا در صورت تزریق مقاومتی وجود دارد، ممکن است ضرورت داشته باشد که تزریق وریدی و جایگذاری کاتتر را در محلی دیگر مجدداً انجام دهید.
- اگر مایع به راحتی در ورید جریان ندارد و پوست اطراف جایگذاری کاتتر ادم دارد، و در لمس سرد است: مایع وریدی به بافت ارتشاح پیدا کرده است. دستکش پوشیده و کاتتر را خارج نمایید. با یک گاز استریل به محل خروج فشار آورید. از یک باند بر روی محل جایگزاری استفاده کرده و در محل جدیدی کاتتر وریدی را جایگذاری نمایید. تخمین حجم مایع داده شده به بافت بستگی به میزان انفوزیون و طول زمان آن دارد حجم زیاد مایعات نفوذ کرده به بافت احتمال آسیب به بافت را افزایش می‌دهد.
- در حال جایگذاری کاتتر، هماتوم کوچکی در محل تشکیل می‌شود: ورید برآمده و متورم می‌شود. سوراخ کوچکی ممکن است در ورید ایجاد شده باشد و خون در حال نشت‌کردن به بافت است. کاتتر را خارج نموده و جای دیگری را برای جایگذاری مجدد انتخاب نمایید.
- مایعات در حال نشت‌کردن در محل جایگذاری است: پانسمان محل تزریق وریدی را تعویض نموده در صورتی که نشت مایع ادامه دارد، جهت کاهش خطر عفونت کاتتر را خارج نموده و در محل جدیدی کاتتر وریدی را جایگذاری نمایید.
- ست تزریق وریدی از ورید جدا شده است: جهت جلوگیری از عفونت ست تزریق وریدی را خارج و تعویض نمایید. محل کاتتر وریدی را با ۳ میلی‌لیتر نرمال سالین شستشو دهید. در صورتی که راه باز باشد مجدداً مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- یک قسمت از کاتتر داخل وریدی از محل خود خارج می‌شود: کاتتر را مجدداً داخل ورید ننمایید. نگهداشتن کاتتر داخل وریدی بستگی به این دارد که چقدر از کاتتر در ورید باقی مانده است. آمادگی محل وارد کردن کاتتر باید قبل از استفاده از کاتتر باشد. در صورتی که این کاتتر خارج نشود، باید به فواصل نزدیک از نظرعلایم نشت و ارتشاح بررسی و کنترل گردد.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- برای جایگذاری کاتتر در ورید، تنها دو بار اقدام نمایید و در صورت عدم موفقیت پس از دو بار واردکردن سوزن، از پرستار دیگری که مهارت ویژه‌ای در این کار دارد بخواهید که عمل رگ‌گیری را انجام دهد. یک پرستار نباید بیش از دو بار برای گرفتن ورید تلاش کند.
- عواملی که می‌توانند موجب عدم موفقیت جایگذاری کاتتر محیطی گردند شامل: افزایش سن بیمار - چاقی - هیپوولمیک، استفاده از داروی تزریقی و وجود بیماری‌های مزمن چندگانه می‌باشند. این بیماران نیاز به دسترسی به تکنیک‌های رایج یعنی مشاهده مستقیم نشانه‌های آناتومیک و لمس کردن دارند. اولتراسوند وصل کردن داخل وریدی را به صورت بی‌خطری برای بیمارانی که پیدا کردن رگ‌ها مشکل است امکان‌پذیر می‌کند. استفاده از راهنمایی اولتراسوند برای نصب کاتتر داخل وریدی توسط یک پرستار آموزش دیده انجام می‌شود.
- سیستم کاتتر IV بسته در دسترس است. این سیستم یک لوله کوتاه در امتداد کاتتر دارد قبل از وارد کردن کاتتر برداشتن این لوله لازم است زیرا احتمال آلودگی را کاهش می‌دهد.

ملاحظات مربوط به کودکان و نوزادان

- در کودکان نباید از دست‌ها به عنوان انتخاب اول برای تزریق استفاده نمود، چون در این نواحی، پایانه‌های عصبی بسیار نزدیک به سطح پوست هستند و تزریق دردناک‌تر خواهد بود. اگر کودک قادر به راه‌رفتن است، نباید از وریدهای پا استفاده نمود.
- برخی از انواع مناسب برای تزریق وریدی در کودکان و نوزادان عبارتند از وریدهای سر، گردن و اندام‌های تحتانی. شریان‌های پوست جمجمه در کودکان قابل مشاهده می‌باشند. پیش از تزریق، محل را به دقت لمس نمایید و در صورت ضرباندار بودن آن، از تزریق در آن خودداری نمایید.
- در کودکان از کاتترهای محیطی استفاده نکنید، مگر اینکه از نظر بالینی، مورد استفاده داشته باشد.
- برای نوزادان زیر دو ماه یا اطفال بیماری که پوست سالم دارند پس از ضد عفونی کردن ناحیه با بتادین باید با نرمال سالین یا آب استریل ناحیه را شست و پاک نمود تا از جذب پوستی آنها جلوگیری شود.
- کلرهگزیدین برای نوزادان کمتر از ۲ ماه توصیه نمی‌شود. کلرهگزیدین (در اطفال بالای ۲ ماه استفاده شود) الکل ۷۰٪ - بتادین برای ضد عفونی پوست در مورد کاتتر وریدی توصیه می‌شود.

ملاحظات مربوط به بالغین سالمند

- از اصطکاک و مالش زیاد در محل جایگذاری کاتتر اجتناب کنید. زیرا می‌توانند باعث آسیب پوست و وریدهای شکننده در سالمندان شوند.
- برای کاهش دادن خطر تروما، پرستار ماهر باید در صورت برجسته‌بودن ورید و شکننده‌بودن آن از بستن تورنیکت خودداری کند.

روش کار ۲-۱۴ کنترل محل تزریق وریدی

نکات قابل توجه

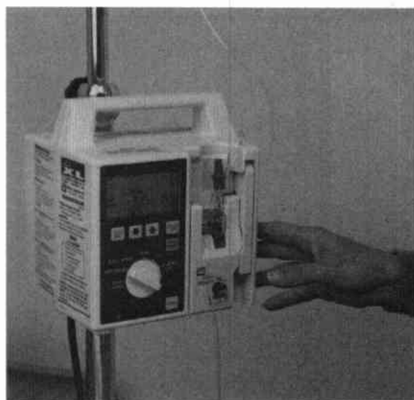
کنترل محل تزریق وریدی باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

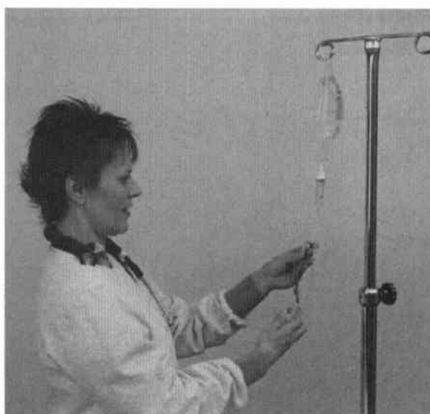
- PPE در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور تزریق محلول وریدی کارتکس بیمار را با پرونده بیمار مطابقت دهید. به اجرای آن با همکاری بیمار اقدام کنید. پرونده بیمار را از نظر وجود سابقه آلرژی بررسی کنید. سرم را از نظر رنگ، نشتی و تاریخ انقضاء بررسی نمایید. هدف از تجویز محلول وریدی و داروهای همراه با آن را بدانید.	با این کار مطمئن می‌شوید که سرم و داروی درستی به بیمار تجویز شده و این کار با سرعت صحیحی انجام گرفته است. مسئولیت بررسی عوارض احتمالی دستورات پزشک به عهده پرستار است هرگونه مشکلی درباره شکل یا مقدار داروی تجویز شده را فوراً به پزشک اطلاع دهید. آگاهی داشتن نسبت به کار و مهارت در انجام آن برای تجویز صحیح و بی‌خطر دارو ضروری می‌باشد.
۲ - تزریق سرم وریدی را ساعتی یک بار برحسب دستورالعمل بیمارستان کنترل و بررسی نمایید. اگر همراه با سرم، دارو هم به بیمار داده می‌شود، باید این بررسی به دفعات بیشتری انجام شود.	این کار موجب تجویز مایعات و داروها با اطمینان بیشتری می‌شود.
۳ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و پوشیدن PPE مانع از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۴ - بیمار را شناسایی نمایید.	با شناسایی بیمار مطمئن می‌شوید که بیمار صحیح، محلول و داروی صحیح را دریافت می‌کند.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که قرار است انجام دهید به بیمار توضیح بدهید.	این امر سبب تضمین خلوت بیمار می‌شود. توضیح دادن به بیمار سبب رفع اضطراب او شده و همکاری وی را تسهیل می‌نماید.
۶ - اگر از دستگاه کنترل‌کنندهٔ انفوزیون استفاده می‌شود، به تنظیمات، زنگ‌های هشداردهنده و چراغ‌های نشانگر آن توجه کنید. تنظیمات دستگاه انفوزیون را چک کنید (شکل ۱). توجه داشته باشید که مایع موجود در ظرف سرم با نوار زمانی مرتبط باشد. به بیمار در مورد اشکال هشدار دهنده انفوزیون در دستگاه آموزش دهید.	با این مشاهده از کارکردن دستگاه کنترل‌کنندهٔ انفوزیون و روشن‌بودن زنگ‌های هشداردهنده، مطمئن می‌شوید. فقدان آگاهی در مورد زنگ‌های اخبار برای بیمار ایجاد اضطراب می‌کند.



شکل ۱. کنترل تنظیمات دستگاه انفوزیون.



روش ۲. تنظیم قطرات و کنترل قطرات محفظه.

کار

۷ ـ در صورتی که از وسیلهٔ کنترل‌کنندهٔ الکتریکی برای تنظیم میزان سرم استفاده نمی‌شود، محفظه قطرات سرم و سرعت قطرات را کنترل نمایید (شکل ۲).

۸ – لولهٔ ست سرم را از نظر هر چیزی که ممکن است مانع جریان یافتن محلول شود، کنترل نمایید (شکل ۳). مطمئن شوید که کلمپ باز است.

۹ – پانسمان روی محل تزریق را از نظر نشت سرم بررسی کنید.

۱۰ – محل تزریق را از نظر تورم، درد، سردی یا رنگ‌پریدگی که می‌توانند نشان‌دهندهٔ انتشار مایع تزریق شده به بافت زیرجلد باشد، بررسی کنید (شکل ۴). از بیمار در مورد احساس درد یا ناراحتی سئوال کنید. در صورتی که هر یک از این علائم ظاهر شد، لازم است سرم را خارج کرده و دوباره در محل دیگری تزریق را شروع نمایید.

۱۱ – محل تزریق را از نظر قرمزی، تورم، گرما و درد که نشان‌دهندهٔ وجود عفونت و یا وجود تظاهرات سیستمیک (لرز، تب، تاکیکاردی، افت فشارخون) که به دنبال عفونت موضعی ایجاد می‌شود، بررسی نمایید. در این صورت لازم است جریان سرم قطع گردیده و به پزشک اطلاع دهید.

دلیل

با این کار مطمئن می‌شوید که سرعت تزریق صحیح است. از یک ساعت دارای ثانیه شمار برای شمردن تعداد قطرات و تنظیم آن در سرم قطره‌ای استفاده کنید.

هرگونه تاخوردگی یا فشار ممکن است مانع از جریان یافتن محلول شود.

ممکن است در محل ارتباط لوله به رابط سوزن یا کاتتر، نشتی وجود داشته باشد و سرم هدر برود.

ممکن است کاتتر از ورید خارج شده و محلول وریدی به بافت زیرجلدی جریان پیدا کند.

تحریک شیمیایی یا ضربه ی مکانیکی باعث صدمه به ورید شده و می‌تواند منجر به فلبیت شود. فلبیت از عوارض شایع مربوط به درمان با تزریق وریدی است.



روش ۳. بررسی ست تزریق از نظر وجود هر چیزی که ممکن است مانع از جریان یافتن محلول شود.



روش ۴. بررسی محل تزریق

کار	دلیل
۱۲ - محل را از نظر وجود علایم موضعی عفونت (قرمزی، چرک، گرمی، درد) و یا علایم سیستمیک عفونت (لرز، تب، تاکی‌کاردی، افت فشارخون) که ممکن است با عفونت موضعی محل همراه باشد، بررسی کنید. اگر علایم عفونت وجود داشت، جریان مایع را قطع کرده و پزشک را خبردار کنید. مراقب باشید که در جریان پوشاندن گان به بیمار و یا کمک به او برای حرکت کردن، انتقال لوله وریدی متصل به کاتتر را قطع نکنید.	تکنیک ضعیف استریل امکان ورود باکتری‌ها از طریق سر سوزن و کاتتر را به محل تزریق فراهم آورد و ممکن است با دستکاری تجهیزات نیز رخ دهد.
۱۳ - در مورد عوارض دیگر سرم درمانی هوشیار باشید: مانند خونریزی ناشی از بیش از حد مایع	
الف) بار بیش از حد گردش خون می‌تواند باعث بروز نشانه‌های نارسایی قلبی و ادم ریوی شود. در طی سرم درمانی، میزان جذب و دفع مایعات را کنترل نمایید. از بیمار در مورد وجود هرگونه تنگی نفس سؤال کنید.	تزریق سریع باعث افزایش حجم مایع در گردش می‌شود. افراد سالمند به دلیل کاهش عملکرد قلبی و کلیوی بیشتر در معرض خطر عوارض هستند.
ب) ناحیه را از نظر خونریزی چک کنید.	ممکن است خونریزی در نتیجه استفاده از داروهای ضد انعقاد رخ دهد. بیشترین احتمال خونریزی زمانی است که سرم بیمار قطع شده باشد.
۱۴ - در صورت امکان به بیمار آموزش دهید که در صورت بروز هرگونه ناراحتی در محل تزریق، خالی‌شدن ظرف سرم، یا متوقف‌شدن جریان سرم به هر علتی، درخواست کمک کرده و شما را مطلع سازد.	این کار موجب همکاری بهتر بیمار و تجویز مطمئن سرم وریدی می‌شود.

کار	دلیل
۱۵ – PPE را در بیاورید و بهداشت دست‌ها را رعایت کنید.	در آوردن PPE خطر انتشار عفونت را کاهش داده و رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌نماید.

ثبت

راهنمایی‌ها

نوع محلول درون وریدی همچنین سرعت انفوزیون را ثبت کنید. محل ورود و مکان ارزیابی را مورد توجه قرار دهید. واکنش بیمار به درمان درون وریدی، همچنین عدم گزارشات عینی که بیمار هیچ گونه درد یا ناراحتی مانند سردی یا گرمی مرتبط با محل انفوزیون را ثبت کنید. مضافاً اینکه بیمار هیچ گونه درگیری وریدی، همچون نداشتن علائم و نشانه‌های مصرف بیش از حد مایعات را ثبت کنید. مقدار مایع وریدی را در برگه I/O ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- صداهای ریهٔ بیمار قبلاً تمیز بوده اما حالا صدای کراکل در قاعدهٔ ریه‌ها شنیده می‌شود: فوراً به پزشک اطلاع دهید. بیمار ممکن است علایم افزایش مایع را نشان دهد. آمادگی داشته باشید که میزان جذب و دفع قبلی، علایم حیاتی و یافته‌های پالس اکسی‌متری را کاملاً به پزشک گزارش دهید.
- جریان مایع به راحتی گذشته نیست: در صورتی که دارویی در مایع تزریق وریدی نباشد، کلمپ را باز کنید و ببینید راه باز است یا نه (ممکن است ۳-۲ میلی‌لیتر نرمال سالین را داخل رگ تزریق نمایید). در صورتی که مایع با کلمپ باز جریان نیافت، سایر کلمپ‌های روی ست سرم را کنترل و ست را از نظر اتصالاتش بررسی کنید. ممکن است نیاز باشد که یک آتل استفاده نمایید. در صورتی که تزریق وریدی دردناک است یا به هنگام تزریق نرمال سالین مقاومت مشاهده کردید، تزریق وریدی را قطع و در جای دیگری مجدداً شروع نمایید.

روش کار ۳-۱۴ تعویض سرم و سِت سرم

نکات قابل توجه

تعویض سرم و سِت سرم باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

برای تعویض محلول:

- سرم وریدی برحسب دستور پزشک
- کاردکس دارویی معمول (MAR) یا کاردکس کامپیوتری (CMAR)
- برچسب نشان‌دهنده تاریخ و ساعت (جهت سرم)
- PPE در صورت لزوم

برای تعویض ست تزریق:

- گاز استریل
- پانسمان استریل یا محلول‌های ضدعفونی‌کننده (براساس قوانین مرکز) برای نیاز احتمالی
- ست تزریق
- چسب ضد حساسیت
- دستکش تمیز
- PPE اضافی، در صورت لزوم
- پنبه الکل
- وسیله الکترونیکی برای انفوزیون داخل وریدی (برحسب دستور پزشک)

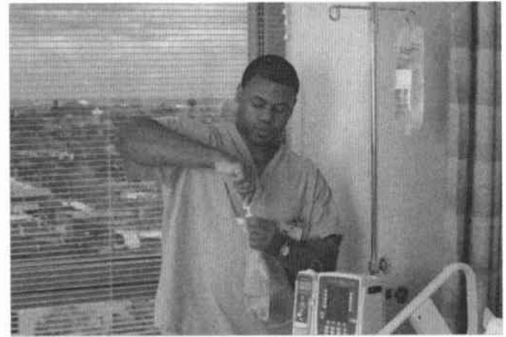
روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک را برای تجویز محلول وریدی با کاردکس دارویی بیمار (CMAR یا MAR) مطابقت دهید. درمان تجویز شده را با همکاری بیمار اجرا کنید. پرونده بیمار را از نظر وجود هرگونه حساسیت بررسی نمایید. رنگ محلول، وجود نشتی احتمالی و تاریخ انقضای آن را کنترل کنید. هدف از تجویز محلول وریدی و احتمالاً داروهای همراه با آن را بدانید. وسایل مورد نیاز را جمع‌آوری کنید.	بدین ترتیب از تزریق محلول وریدی و داروهای صحیح و سرعت مناسب تزریق آن مطمئن می‌شویم. مسئولیت بررسی عوارض احتمالی دستورات پزشک به عهده پرستار است هرگونه مشکلی درباره شکل یا مقدار داروی تجویز شده را فوراً به اطلاع پزشک برسانید. این دانسته‌ها و مهارت‌ها برای تجویز صحیح و بی‌خطر محلول وریدی و داروها به بیمار ضروری است. این کار سبب انجام وظایف به صورت سازمان یافته می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم، PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE سبب ممانعت از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.

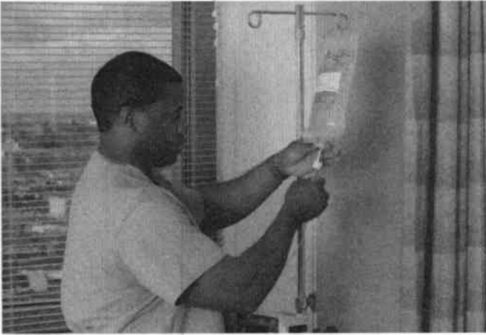


شکل ۱. مقایسه‌کردن برچسب روی محفظه سرم با کارتکس معمولی یا کامپیوتری بیمار.

کار	دلیل
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که انجام می‌دهید و هدف از انجام آن برای بیمار توضیح دهید. از بیمار درباره داشتن حساسیت به داروها و یا چسب سؤال نمایید.	این کار خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن روش کار به بیمار سبب رفع اضطراب وی شده و همکاری وی را تسهیل می‌کند. ممکن است بیمار نسبت به داروهایی که به محلول وریدی اضافه می‌شوند و یا نسبت به چسب، حساسیت داشته باشد.
۵ - برچسب روی محفظه سرم را با کاردکس بیمار کنترل نمایید (شکل ۱). محفظه را از روکش خود درآورید و تاریخ انقضای آن را چک کنید. در صورت لزوم، بارکد روی آن را چک نمایید. نوار مشخصات بیمار را با MAR یا CMAR مقایسه کنید. نام بیمار، نوع محلول مواد اضافه‌شده، تاریخ و ساعت را بر روی محفظه سرم یادداشت کنید. مدت زمان انفوزیون را بر روی یک نوار ترسیم کرده و آن را روی محفظه سرم نصب نمایید.	کنترل‌کردن برچسب و تطابق آن با کاردکس دارویی معمولی یا کامپیوتری (MAR یا CMAR)، باعث می‌شود تا از تزریق محلول صحیح اطمینان یابیم. با شناسایی بیمار اطمینان می‌یابیم که همان بیمار مورد نظر، سرم را دریافت می‌کند و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود. نوار زمانی برای انفوزیون به عنوان یک مرجع دیداری عمل می‌کند که پرستار با کنترل آن، از صحت زمان انفوزیون اطمینان حاصل می‌کند.
۶ - در هنگام بازکردن سرم و ست استریل، تکنیک ضد عفونی را رعایت کنید. ست را از درون جعبه درآورید. برچسب حاوی تاریخ و زمان را بر روی ست نصب کنید تا زمان تعویض بعدی آن مشخص شود.	تکنیک ضد عفونی برای جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها ضروری است. نصب برچسب، باعث می‌شود تا تعویض ست تزریق به موقع انجام شود و خطر انتشار میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد.
تعویض محلول وریدی:	
۷ - اگر از دستگاه انفوزیون الکترونیکی استفاده می‌کنید، آن را متوقف کرده یا دکمه "hold" را فشار دهید. کلمپ ست را نزدیک به محفظه قطرات قرار دهید و آن را ببندید. اگر از دستگاه استفاده نمی‌کنید، کلمپ غلتان را بر روی ست ببندید.	برای تعویض محلول، باید دستگاه انفوزیون خاموش باشد. بستن کلمپ از خالی‌شدن مایع داخل محفظه قطرات و ورود هوا به داخل ست در جریان کار، جلوگیری می‌کند.



شکل ۲. درآوردن بخش نیزه‌ای ست تزریق از داخل محفظه خالی سرم



شکل ۳. واردکردن بخش نیزه‌ای ست تزریق از طریق ورودی محفظه سرم.

کار

۸ - با دقت پوشش روی ظرف سرم را برداشته و سر آن را برای تزریق آماده کنید. مراقب باشید که به محل ورودی دست نزنید.

۹ - سرم قدیمی را از روی پایه سرم برداشته و آن را وارونه کنید. سریعاً قسمت نیزه‌ای ست سرم را از آن خارج نموده و دقت کنید آلوده نشود (ظرف سرم قدیمی را دور بیندازید).

۱۰ - سرم جدید را محکم گرفته و قسمت نیزه‌ای ست سرم را با حرکات پیچشی و فشاری وارد آن نموده و بعد به پایه سرم آویزان نمایید. از راهنمای اتصال کارخانه متابعت کنید.

۱۱ - در روش دیگر می‌توانید ابتدا محفظه سرم جدید را بر روی قلاب پایه سرم قرار داده و درپوش محل ورودی آن را به دقت بردارید، به طوری که دستتان با محل ورودی سرم تماس پیدا نکند. محفظه سرم خالی را از روی پایه سرم برداشته و آن را برعکس کنید. به سرعت، بخش نیزه‌ای ست تزریق را از داخل آن درآورده و مراقب باشید تا آن را آلوده نکنید (شکل ۲). محفظه خالی را دور بیاندازید. همچنان که محفظه سرم جدید بر روی پایه سرم می‌باشد، بخش نیزه‌ای را با حرکات پیچشی و با فشار وارد آن کنید (شکل ۳).

۱۲ - اگر از دستگاه انفوزیون الکترونیکی استفاده می‌کنید، کلمپ را باز نموده، محفظه قطرات ست تزریق را کنترل کرده، جریان سرم را با جریان برنامه‌ریزی شده دستگاه مطابقت دهید و سپس دستگاه را روشن کنید.

دلیل

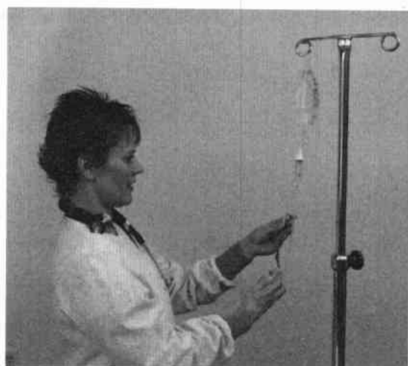
این کار باعث استریل ماندن محلول وریدی می‌شود. در غیر اینصورت باند ظرف سرم را دور بیندازید.

این کار باعث حفظ شرایط استریل در ست تزریق می‌شود.

با این کار امکان برقرارشدن جریان سرم جدید فراهم می‌شود.

تماس با بخش ورودی محفظه سرم و یا بخش نیزه‌ای ست سرم باعث آلودگی آنها می‌شود و در نتیجه باید هر دوی آنها را دور انداخت. واردکردن بخش نیزه‌ای به داخل محفظه سرم سبب برقراری جریان مایع می‌شود.

کنترل کردن و مطابقت دادن سرعت تزریق با سرعت برنامه‌ریزی شده دستگاه سبب اطمینان از تجویز مقدار صحیحی از مایع به بیمار می‌شود.



شکل ۴. بازکردن مجدد کلمپ و تنظیم سرعت قطرات.



شکل ۵. اطمینان از بازبودن کلمپ ست تزریق جدید و جایگیری صحیح لوله وریدی متصل به کاتتر.

کار	دلیل
۱۳ – اگر از دستگاه انفوزیون استفاده نمی‌کنید، کلمپ غلتان روی ست تزریق را باز کرده و تعداد قطرات را بشمارید. سپس کلمپ را طوری تنظیم کنید که به سرعت صحیح انفوزیون دست یابید (شکل ۴).	بازکردن کلمپ باعث تنظیم سرعت جریان مایع به داخل محفظه قطرات می‌شود. تنظیم دقیق سرعت جریان توسط کلمپ باعث می‌شود تا از تجویز حجم صحیحی از محلول به بیمار اطمینان یابیم.
تعویض ست سرم و سرم	
۱۴ – محلول وریدی و ست تزریق را آماده کنید.	
۱۵ – محفظه سرم را بر روی پایه سرم آویزان کنید. کلمپ روی ست را ببندید. کلمپ موجود بر لوله کوتاه متصل کاتتر وریدی را که بر روی دست بیمار قرار گرفته را نیز ببندید.	کلمپ ست تزریق باعث جلوگیری از نشت مایع از ست، پس از جداسازی آن می‌شود. کلمپ‌کردن لوله کوتاه متصل به کاتتر نیز از ورود هوا به داخل آن جلوگیری می‌کند.
۱۶ – اگر از دستگاه انفوزیون الکترونیکی استفاده می‌کنید، ست تزریق را از داخل آن بردارید. طبق دستورات کارخانه سازنده عمل نمایید. ست تزریق جدیدی را در داخل دستگاه انفوزیون قرار دهید.	برای جایگذاری ست تزریق جدید به داخل دستگاه، باید ابتدا ست تزریق قبلی را از آن جدا نمود.
۱۷ – دستکش بپوشید. ست تزریق را از لوله کوتاه متصل به کاتتر جدا کنید. با استفاده از پنبه الکل، محل ورودی لوله کوتاه را تمیز کنید. درپوش انتهای ست جدید را بردارید و سپس آن را وارد محل ورودی لوله کوتاه وریدی نمایید. ست تزریق را نزدیک به محل ورود به لوله، خم کنید و آن را با چسب (ضد حساسیت) به پوست نزدیک همان محل بچسبانید (شکل ۵).	تمیزکردن پورت و یا درپوش، خطر آلودگی را کاهش می‌دهد. واردکردن ست تزریق باعث جریان یافتن مایع می‌شود. وزن ست تزریق می‌تواند باعث شود که ست از محل ورود به داخل ورید کنده شود، مگر اینکه آن را با چسب، محکم کرده باشیم. چسب ضد حساسیت آسیب بسیار کمتری به پوست وارد می‌کند و آسیب پوستی را به حداقل می‌رساند.
۱۸ – کلمپ روی ست تزریق و کلمپ لوله متصل به کاتتر وریدی را باز کنید.	بازکردن کلمپ‌ها سبب جریان یافتن سرم به داخل بدن بیمار می‌شود.

کار	دلیل
۱۹ - اگر از دستگاه انفوزیون الکترونیکی استفاده می‌کنید، کلمپ را باز کرده، محفظه قطرات ست تزریق را کنترل نموده، جریان سرم را با جریان برنامه‌ریزی شده بر روی دستگاه مطابقت دهید و سپس دستگاه را روشن کنید.	کنترل کردن و تأیید سرعت جریان و تنظیمات دستگاه باعث اطمینان از دریافت مقدار صحیحی از مایع توسط بیمار می‌شود.
۲۰ - اگر از دستگاه استفاده نمی‌کنید، کلمپ غلتان را به آرامی باز کنید و تعداد قطرات را بشمارید. سپس کلمپ را طوری تنظیم نمایید که سرعت جریان مورد نظر حاصل شود.	بازکردن کلمپ سبب جریان یافتن قطرات به داخل محفظه می‌شود. با تنظیم سرعت جریان اطمینان حاصل می‌شود که مقدار صحیحی از مایع به بیمار می‌رسد.
۲۱ - وسایل را جمع کنید. از راحتی و آسایش بیمار اطمینان حاصل نمایید. دستکش‌ها را درآورید و تخت را پایین بیاورید.	سبب آسایش و امنیت بیمار می‌شود. درآوردن دستکش‌ها، خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر وسایل را کاهش می‌دهد.
۲۲ - در صورت استفاده از PPE اضافی، آن را در آورید. دست‌های خود را بشویید.	خارج‌کردن PPE، به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۲۳ - ۳۰ دقیقه پس از شروع انفوزیون و پس از آن حداقل هر یک ساعت، سرعت جریان مایع را کنترل کرده و محل ورود سوزن به پوست را از نظر نشتی بررسی نمایید. از بیمار درباره هرگونه درد یا ناراحتی ناشی از انفوزیون مایع سؤال نمایید.	کنترل مداوم جهت حفظ سرعت مناسب و دقیق جریان مایع، ضروری می‌باشد. تشخیص سریع مشکلات، سبب اقدام فوری برای رفع آن می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

نوع محلول وریدی و سرعت انفوزیون همچون بروز قرمزی، التهاب، با درناژ را ثبت کنید. واکنش بیمار به فرآیند و آموزش‌های مرتبط را ثبت کنید، همچنین آموزش دهید در صورتیکه بیمار هرگونه درد ناشی از کاتتر درون وریدی یا التهاب در محل، اطلاع یافت آن را به پرستار گزارش کند. محلول وریدی را در برگه کنترل I/O ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی و مداخلات مربوطه

- انفوزیون داخل وریدی جریان نداشته و یا سرعت جریان پس از تعویض ست و کیسهٔ سرم تغییر یافته است: مطمئن شوید که کلمپ باز است و محفظهٔ قطرات سرم تا نیمه پر است. وسیلهٔ الکترونیکی را از نظر عملکرد صحیح کنترل نمایید. محل تزریق وریدی را از نظر مشکلات احتمالی در رابطه با کاتتر مانند بسته و خم‌شدگی کاتتر یا پوزیشن اندام تحتانی بیمار کنترل و بررسی نمایید و محل تزریق وریدی را از نظر علایم و نشانه‌های ناشی از عوارض تزریق بررسی نمایید. سرعت جریان را مجدداً تنظیم نمایید.
- پس از وصل ست تزریق وریدی جدید، متوجه حباب‌های هوا در لوله می‌شوید: در صورتی که حباب‌های هوا بالای پیچ کلمپ باشد، با بستن پیچ کلمپ، کشیدن لوله به طرف پایین و با ضربه زدن به لوله با انگشتان دست به طوری که حباب‌ها

به طرف محفظهٔ قطرات بروند به راحتی می‌توانید آنها را خارج نمایید. در صورتی که مقدار هوای لوله زیاد باشد، با سوآپ راه ورودی تزریق دارو را در قسمت پایین هوا در لوله با یک محلول ضد میکروبی تمیز کرده اجازه دهید که خشک شود و سپس یک سوزن و سرنگ را داخل راه ورودی پایین حباب هوا در لوله وارد کنید. با استفاده از سرنگ هوا را از داخل لوله آسپیره کنید. به خاطر داشته باشید که در صورت آهسته پرشدن لوله از مایع به جای جریان سریع و باز مایع، حباب‌های هوا می‌توانند خارج و کم شوند.

روش کار ٤-١٤ تعویض پانسمان محل تزریق وریدی

نکات قابل توجه

تعویض پانسمان محل تزریق وریدی باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- پانسمان چسبان شفاف
- گاز استریل یا پانسمان شفاف
- پنبه آغشته به (بتادین یا کلرهگزیدین، الکل ۷۰٪)
- مادهٔ پاک‌کننده چسب (اختیاری)
- محلول پاک کننده محافظ پوست
- الکل یا سایر محلول‌های ضد عفونی کننده
- باند و نوار (چسب)
- دستکش تمیز
- حوله یا پد یک بار مصرف
- PPE اضافی، در صورت لزوم

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - نیاز به تعویض پانسمان را بررسی کنید. طبق خط مشی مؤسسه عمل کنید. تمامی وسایل را جمع‌آوری کرده و آنها را در کنار تخت قرار دهید.	خط‌مشی مختص هر مؤسسه، نوع پانسمان مورد استفاده و زمان تعویض آنها را مشخص می‌نماید. ممکن است براساس قضاوت پرستار، لازم باشد که تعویض پانسمان در فواصل کمتری انجام شود. هرگونه پانسمانی را که خیس، شل و یا کثیف شده است، به سرعت تعویض نمایید. آماده‌سازی وسایل موجب زمان‌بندی صحیح و سازماندهی انجام کار می‌شود.
۲ - دست‌های خود را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت، انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر اقدامات را دریافت کرده و از بروز اشتباه جلوگیری می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که انجام می‌دهید و دلیل از انجام آن، به بیمار توضیح دهید. درباره وجود هرگونه حساسیت به چسب و یا ضد عفونی‌کننده‌های پوست از بیمار سؤال کنید.	این امر، خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن به بیمار، اضطراب او را رفع کرده و سبب تسهیل در همکاری وی می‌شود. ممکن است بیمار نسبت به چسب یا محلول‌های ضد عفونی کننده پوست حساسیت داشته باشد.

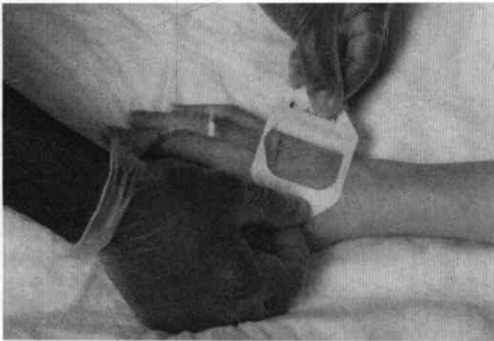


شکل ۱. درآوردن پانسمان قبلی، با دقت و به آرامی.

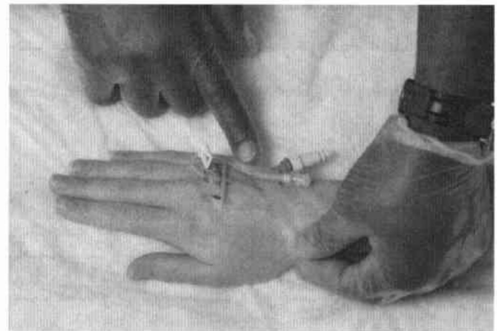
کار	دلیل
۵ - دستکش پوشیده و حوله یا پد یک بار مصرف را زیر آن دست بیمار که حاوی کاتتر وریدی می‌باشد قرار دهید. اگر مایع در حال جریان است، موقتاً آن را قطع نمایید. با دست غیرغالب خود، کاتتر را در جای خود نگاه داشته و پانسمان کهنه را به آرامی بردارید (شکل ۱). در صورت لزوم از چسب‌بردار استفاده کنید. پانسمان را دور بیاندازید.	دستکش‌ها مانع از تماس با خون و مایعات بدن می‌شوند. پد موجب حفاظت از سطح زیرین بیمار می‌شود. انهدام مناسب پانسمان سبب جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۶ - محل تزریق را از نظر وجود فلبیت (التهاب رگ)، عفونت یا نشت مایع سرم به زیر جلد بررسی نمایید. در صورت مشاهده این موارد، سرم را قطع کرده و کاتتر را در محل دیگری نصب کنید.	التهاب (فلبیت)، عفونت و نشت مایع سبب واردآمدن آسیب به بافت شده و در این شرایط لازم است که سوزن یا کاتتر را بیرون بکشید.
۷ - ناحیه را با یک محلول ضد عفونی کننده از قبیل کلرهگزیدین تمیز کنید. اپلیکاتوری را که به کلرهگزیدین آغشته شده بر روی پوست قرار داده و با حرکات رو به عقب و جلو مالش دهید. سپس اجازه دهید تا کاملاً خشک شود.	حرکات مالشی برای مدتی از زمان برای اعمال اثر کلرهگزیدین ضروری است. ارگانیسم‌های پوست می‌توانند توسط سوزن وارد بافت‌ها یا جریان خون شوند. کلرهگزیدین محلول ضد عفونی‌کننده انتخابی است، اما ید، بتادین و الکل ۷۰ درصد نیز جایگزین‌های قابل قبولی برای این ماده می‌باشند.
۸ - چسب محافظ پوست را در محل قرار دهید. مطمئن شوید که محافظ پوست حداقل، ناحیه‌ای را که با پانسمان پوشیده می‌شود، بپوشاند (شکل ۲). سپس اجازه دهید تا خشک شود. پانسمان شفاف استریل را بر روی محل کاتتر وریدی قرار دهید (شکل ۳).	محافظ پوست به چسبیدن پانسمان کمک می‌کند و آسیب پوست را در زمان درآوردن پانسمان به حداقل می‌رساند. پانسمان شفاف باعث می‌شود تا بتوان آن ناحیه را به راحتی مشاهده کرد و علاوه بر این از آن ناحیه محافظت می‌کند. وسایل نگهدارنده و محکم‌کننده کاتتر از جابجایی آن و یا درآمدن آن از محل جلوگیری می‌کنند. برخی از این ابزارها، خود به عنوان پانسمان نیز عمل می‌کنند.



شکل ۲. قراردادن محافظ پوست در محل.



شکل ۳. قراردادن پانسمان شفاف در محل.



شکل ۴. چسباندن برچسب مشخصات و ست تزریق در محل پانسمان.

کار

۹ - ساعت و تاریخ تعویض پانسمان را بر روی آن بنویسید. ست تزریق را نزدیک به محل کاتتر خم نموده و با چسب (ضد حساسیت) در همان محل بچسبانید (شکل ۴). جریان مایع را برقرار سازید. کنترل نمایید که جریان وریدی ادامه داشته باشد و سیستم باز باشد.

۱۰ - یک شیوه محافظت کننده/ ثابت کننده را می‌توان جایگزین پانسمان کرد به بیمار هدف کار و اهمیت محافظت از محل پانسمان وقتی که در انتهای اندام‌ها انجام می‌شود را شرح دهید.

۱۱ - وسایل و تجهیزات را جمع کنید. از راحتی و آسایش بیمار اطمینان حاصل نمایید. دستکش‌ها را درآورید و تخت را پایین بیاورید.

دلیل

سایر پرسنلی که با انفوزیون کار می‌کنند خواهند دانست که چه شیوه‌ای استفاده شده است و چه زمانی نصب شده است زیرا ست تزریق هر ۷۲ تا ۹۶ ساعت یک بار برای بالغینی تعویض می‌شود.

این سیستم‌ها برای استفاده در محل تمام تزریقات وریدی کاربرد دارد از جمله در تزریقات ورید مرکزی، ثابت نگه داشتن ست تزریق، جلوگیری از جابجایی کاتتر. بعضی وسایل به عنوان پانسمان محل تزریق وریدی عمل می‌کنند و ممکن است به صورت آماده از آنها استفاده شود.

سبب آسایش و امنیت بیمار می‌شود، درآوردن دستکش‌ها به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد.

کار	دلیل
۱۲ – در صورت استفاده از PPE اضافی، آن را خارج نمایید. دست‌ها را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتقال عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها سبب ممانعت از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود.

ثبت

راهنمایی‌ها

محل و دستیابی وریدی همچنین شرایط محل را یادداشت کنید. حضور یا عدم علائمی از اریتم یا قرمزی التهاب، یا درناژ را مدنظر داشته باشید. معیارهای بالینی برای درگیری محل (به جدول ۱۲-۱۴ و ۱-۱۴ و ۲-۱۴ مراجعه کنید). مشاهدات عینی در خصوص عدم یا حضور درد در محل را ثبت کنید. پاسخ بیمار به فرآیند و آموزش بیمار همچون اطلاع رسانی به پرستار در صورت بروز هرگونه درد در محل تزریق وریدی یا هرگونه التهاب در محل را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار می‌گوید که در محل تزریق وریدی احساس درد می‌کند: محل تزریق وریدی را از نظر قرمزی، ادم و گرما مشاهده نمایید. در صورت وجود این علایم کلمپ را بسته و جریان محلول را قطع، کاتتر را خارج و با یک گاز پانسمان نمایید. محل دیگری را ارزیابی و تزریق وریدی را شروع نمایید. تمام موارد را ثبت و گزارش نمایید.
- کاتتر داخل وریدی مقدار کمی از محل تزریق بیرون آمده است: کاتتر بیرون آمده را دوباره به جای خود برنگردانید. امکان حفظ راه داخل وریدی بستگی به میزان کاتتر باقی مانده در ورید دارد در صورت امکان کاتتر را به همان حد که خارج شده است ثابت کنید و علایم نشت مایع به زیر جلد را تحت نظر داشته باشید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- استفاده از کلرهگزیدین – الکل ۷۰٪ – ید – بتادین برای ضد عفونی پوست محل تزریقات وریدی توصیه شده است.
- استفاده از پماد یا کرم آنتی‌بیوتیک موضعی توصیه نمی‌شود زیرا امکان ایجاد عفونت‌های قارچی و مقاومت به آنتی‌بیوتیک را افزایش می‌دهد.
- محل کاتتر و خود کاتتر را زیر جریان آب قرار ندهید ولی امکان دوش گرفتن با استفاده از پوشش محافظ وجود دارد.

ملاحظات مربوطه به نوزادان و شیرخواران

- برای آماده‌سازی محل تزریق در نوزادان، کمتر از ۲ ماه استفاده از کلرهگزیدین توصیه نمی‌شود.
- برای نوزادان زیر ۲ ماه یا اطفال بیمار با پوست سالم بتادین را باید پس از ضد عفونی‌کردن، با آب یا نرمال سالین استریل شست تا از آن ناحیه خارج شده و جذب پوست نشوند.

ملاحظات مربوط به سالمندان

- از اصطکاک و مالش زیاد در محل جایگذاری کاتتر اجتناب کنید. زیرا می‌توانند باعث آسیب پوست و وریدهای شکننده در سالمندان شوند.

روش کار ۵-۱۴ درپوش‌گذاری بر روی لولهٔ تزریقی جهت استفادهٔ متناوب و مکرر

نکات قابل توجه

درپوش گذاری بر روی لولهٔ تزریقی جهت استفاده متناوب و مکرر باید توسط پرستار مجاز انجام گیرد و کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود. اجرای این مرحله باید براساس بررسی دقیق نیازهای بیمار و با همان کیفیتی باشد که از پرستار مجاز انتظار می‌رود.

وسایل

- وسیله مسدودکردن
- دستکش تمیز
- گاز پد (۱۰×۱۰ سانتی‌متر)
- PPE اضافی، در صورت لزوم
- تمیزکنندهٔ ضد میکروبی
- چسب
- محلول سالین نرمال یا هپارین آماده در سرنگ (۳-۱ میلی‌لیتر) طبق خط‌مشی مرکز درمانی

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - نیاز به تغییر لوله تزریقی برای استفاده متناوب را بررسی کنید. دستورات پزشکی را تأیید نمایید. تمامی وسایل را جمع‌آوری کنید.	اطمینان حاصل می‌شود که اقدام صحیحی برای همان بیمار مورد نظر انجام می‌شود. آماده‌سازی وسایل موجب زمان‌بندی صحیح و سازمان‌دهی انجام کار می‌شود.
۲ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE مانع از انتشار میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۳ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر اقدامات را دریافت می‌کند و به جلوگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۴ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان، درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که قرار است انجام دهید و هدف از انجام آن به بیمار توضیح دهید. از بیمار درباره سابقه حساسیت به چسب یا ضد عفونی‌کننده‌های پوستی سؤال کنید.	این امر خلوت بیمار را فراهم می‌آورد. توضیح دادن به بیمار سبب رفع اضطراب وی شده و او را تشویق به همکاری می‌کند. ممکن است بیمار نسبت به چسب یا محلول‌های ضد عفونی‌کننده پوست، حساسیت داشته باشد.
۵ - محل تزریق وریدی را بررسی نمایید.	وجود تظاهراتی از قبیل نشتی، فلبیت و یا عفونت، قطع فوری انفوزیون وریدی را ایجاب می‌کند.



شکل ۱. متوقف‌کردن انفوزیون وریدی.



شکل ۲. تزریق محلول به داخل کاتتر وریدی.

کار	دلیل
۶ – اگر از دستگاه انفوزیون الکترونیک استفاده می‌کنید، آن را متوقف نمایید (شکل ۱). کلمپ غلتان روی ست تزریق را ببندید. اگر از دستگاه استفاده نمی‌کنید، تنها کلمپ روی ست را ببندید.	برای جلوگیری از نشت مایع در حین جداکردن لوله‌ها، ضروری است که انفوزیون وریدی قطع شود و کلمپ نیز بسته شود.
۷ – دستکش تمیز بپوشید. لولهٔ اضافی را که به کاتتر متصل است، کلمپ کنید.	پوشیدن دستکش، پرستار را از تماس با خون بیمار محافظت می‌نماید. کلمپ‌کردن از واردشدن هوا به لوله جلوگیری می‌کند.
۸ – لوله اولیه تزریق وریدی را از ست اضافی جدا نموده و درپوش انتهایی را با سوآپ ضد میکروبی تمیز کنید.	درآوردن لوله اولیه تزریق سبب قطع انفوزیون می‌شود. تمیزکردن درپوش، خطر آلودگی را کاهش می‌دهد.
۹ – ست و لولهٔ رابط اضافی را باز کرده و سرنگ حاوی هپارین یا سالین را داخل درپوش جایگذاری نمایید. تزریق محلول را برحسب دستورالعمل بیمارستان تا یک دقیقه ادامه دهید (شکل ۲). سرنگ را خارج نموده و مجدداً لوله را کلمپ نمایید.	بازگشت مثبت خون بازشدن آن قبل از تجویز محلول را ایجاد می‌کند. این کار باعث بازشدن راه تزریق وریدی می‌شود. عمل فشار مثبت درپوش انتهایی با برداشتن سرنگ پیش از کلمپ‌کردن نیز حفظ می‌شود. کلمپ کردن از ورود هوا به داخل لوله اضافی جلوگیری می‌کند.
۱۰ – در صورت لزوم، لوله را در نزدیک به محل ورود کاتتر، خم کرده و آن را با چسب (ضد حساسیت) نزدیک به همان محل بچسبانید.	وزن ست تزریق برای بیرون‌کشیدن آن از لوله کافی است، مگر اینکه با چسب، چسبیده باشد. چسب ضد حساسیت، آسیب کمتری به پوست وارد می‌کند.
۱۱ – وسایل را بردارید. از آسایش بیمار اطمینان حاصل نمایید. دستکش‌ها را درآورده و تخت را پایین بیاورید.	سبب راحتی و آسایش بیمار می‌شود. درآوردن دستکش‌ها خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از انتشار میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.
۱۲ – PPE اضافی را درآورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلودگی سایر وسایل را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها از گسترش میکروارگانیسم‌ها جلوگیری می‌کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

جدا شدن انفوزیون محل درون وریدی را یادداشت کنید. شرایط دسترسی به محل ورید را ثبت کنید. قرمزی محل دسترسی وریدی را ثبت کنید. معمولاً در MAR انجام می‌شود. واکنش بیمار به فرآیند و هرگونه آموزش مربوطه‌ی ایجاد شده را ثبت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- مایع از محل تزریق به هنگام شستشو نشت می‌کند: جهت جلوگیری از عفونت و سایر عوارض، این خط وریدی را خارج و تزریق را در جای دیگری شروع نمایید.
- خط وریدی به راحتی شستشو داده نمی‌شود: محل تزریق وریدی را بررسی نمایید. کاتتر ممکن است به دلیل پیچ‌خوردگی، بسته شده باشد و یا در آن لخته ایجاد شده باشد. اگر کاتتر به مقدار کمی بیرون آمده باشد، دوباره آن را جایگذاری ننمایید چون مدت زیادی استریل باقی نمی‌ماند. ممکن است نیاز باشد که کاتتر بیرون آورده شده و در محل دیگری مجدداً جایگذاری شود اگر کاتتر از فاصله کمی بیرون کشیده شود، مجدداً آن را وارد نکنید. آن را خارج کنید و در محل دیگری آغاز کنید.
- مقدار کمی از کاتتر داخل وریدی از محل خود خارج گردیده است: کاتتر را به جای خود برنگردانید. امکان حفظ راه داخل وریدی بستگی به میزان کاتتر باقی مانده در ورید دارد در صورت امکان کاتتر را به همان حد که خارج شده ثابت کنید و علایم نشت مایع به زیر جلد را تحت نظر داشته باشید.

ملاحظات خاص

- برخی مقررات ممکن است برای پوشش انتهایی وریدی وسیله که فشار مثبت وسیله را ایجاد می‌کند، به کار رود. در این موارد با حجمی از سالین توصیه شده آن را بشوئید. در انتها ۰/۵ml محلول در سرنگ باقی می‌ماند. هنگام ایجاد فشار در سرنگ، لوله را کلمپ کنید که موجب فشار مثبت می‌شود و از جریان خون در کاتتر جلوگیری می‌کند و ریسک انسداد را کاهش می‌دهد.

روش کار ۶-۱۴ انتقال خون

نکات قابل توجه

انتقال خون از وظایف پرستار مجاز می‌باشد. کمک پرستار نمی‌تواند عهده‌دار این کار شود.

وسایل

- فرآوردهٔ خونی
- ست انتقال خون (لوله همراه با فیلتر و رابط Y شکل برای تزریق محلول سالین)
- محلول نمکی ۰/۹٪ جهت انفوزیون وریدی
- الکل یا سایر ضد عفونی کننده‌ها
- پایهٔ سرم
- کاتتر داخل وریدی (شمارهٔ ۲۰ یا بزرگ‌تر)
- دستکش یک بار مصرف
- چسب
- PPE اضافی، در صورت لزوم
- مطابقت فرآورده‌های خونی با اطلاعات بیمار توسط پرستار رسمی دوم (یا سایر افراد مجاز یا پزشک)

روش انجام کار

کار	دلیل
۱ - دستور پزشک را جهت انتقال خون تأیید نمایید. دستورات پزشکی را برای دارودرمانی پیش از ترانسفوزیون تأیید نمایید و در صورت دستور، داروها را حداقل ۳۰ دقیقه پیش از شروع ترانسفوزیون تجویز کنید.	با بررسی و تأیید دستورات پزشکی اطمینان حاصل می‌شود که بیمار، مداخله صحیحی را دریافت می‌دارد. داروهای پیش از ترانسفوزیون (پره‌مد) گاهی اوقات برای کاهش دادن خطر واکنش‌های آلرژیک و تب در بیمارانی که تاکنون چندین بار خون دریافت کرده‌اند، تجویز می‌شوند.
۲ - تمامی وسایل را جمع‌آوری کنید.	آماده‌سازی وسایل موجب زمان‌بندی صحیح و سازمان‌دهی انجام کار می‌شود.
۳ - دست‌ها را بشویید و در صورت لزوم PPE بپوشید.	رعایت بهداشت دست‌ها و استفاده از PPE سبب جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود. PPE براساس نوع روش پیشگیری از عفونت انتخاب می‌شود.
۴ - بیمار را شناسایی کنید.	با شناسایی بیمار اطمینان حاصل می‌شود که همان بیمار مورد نظر، اقدامات را دریافت می‌دارد و به پیشگیری از بروز اشتباه کمک می‌شود.
۵ - پرده‌های اطراف تخت را بکشید و در صورت امکان درب اتاق را ببندید. درباره اقدامی که انجام می‌دهید و هدف از انجام آن به بیمار توضیح دهید. از بیمار در مورد تجارب قبلی ترانسفوزیون خون و واکنش‌های احتمالی حاصل از آن سؤال کنید. از بیمار بخواهید هرگونه لرز، خارش، راش و یا علایم غیرطبیعی را گزارش دهد.	این عمل خلوت بیمار را تضمین می‌کند. توضیح دادن به بیمار سبب رفع اضطراب او شده و همکاری وی را تسهیل می‌کند. واکنش‌های قبلی بیمار نسبت به انتقال خون ممکن است خطر واکنش به این انتقال خون را افزایش دهد. با مشاهده هرگونه واکنشی به ترانسفوزیون، باید انتقال خون را به سرعت متوقف نمود و وضعیت را مورد ارزیابی قرار داد.

کار	دلیل
۶ - ست تزریق خون را توسط محلول نرمال سالین استریل، هواگیری نمایید.	نرمال سالین محلول انتخابی برای تجویز فرآورده‌های خونی می‌باشد. محلول‌های حاوی دکستروز می‌توانند منجر به تجمع گلبول‌های قرمز به صورت توده‌ای شده و همولیز ایجاد کنند.
۷ - دستکش بپوشید. اگر بیمار کاتتر ندارد، از او رگ بگیرید. ست تزریق را از طریق لوله وریدی به کاتتر متصل کنید. نرمال سالین را طبق خط مشی مؤسسه تزریق نمایید. طبق مقررات مؤسسه نرمال سالین تزریق کنید (به مهارت ۱-۱۴ مراجعه کنید).	دستکش از تماس با خون و ترشحات بدن جلوگیری می‌کند. انفوزیون مایع از طریق کاتتر وریدی سبب می‌شود تا مسیر کاتتر تا زمان تزریق خون باز بماند. خون باید در حرارت کاملاً کنترل شده‌ای ذخیره شود (۴°C) و ترانسفوزیون خون باید ۳۰ دقیقه پس از گرفتن آن از بانک خون انجام شود.
۸ - فرآورده خونی را طبق خط مشی مؤسسه از بانک خون تحویل بگیرید. در صورت لزوم، بارکد روی فرآورده‌های خونی را اسکن کنید.	امروزه بارکد توسط برخی مراکز بر روی فرآورده‌های خونی نصب می‌شود تا اطلاعات ترانسفوزیون را به عنوان شاخص ایمنی ثبت نمایند.
۹ - دو پرستار باید اطلاعات زیر را با پرونده بیمار، نوار هویت روی دست بیمار و برچسب روی فرآورده خونی، تطابق دهند: ● دستور پزشکی جهت ترانسفوزیون فرآورده خونی ● شماره شناسایی بیمار ● نام بیمار ● گروه خونی ● تاریخ انقضاء ● بررسی فرآورده خونی از نظر وجود لخته ● برگه رضایت	بسیاری از مؤسسات به دو پرستار برای تأیید و تطبیق دادن اطلاعات زیر نیاز دارند: تطابق داشتن تعداد واحدهای خون، یکسان‌بودن گروه ABO و Rh، و تاریخ انقضا (گلبول‌های قرمز خون پس از ۳۵ روز شروع به تحلیل‌رفتن می‌کنند). خون هرگز به بیماری که نوار شناسایی ندارد، تزریق نمی‌شود. اگر در خون لخته وجود داشته باشد، آن را به بانک خون برگردانید.
۱۰ - پیش از شروع ترانسفوزیون، علایم حیاتی اصلی بیمار را اخذ نمایید.	هرگونه تغییر در علایم حیاتی در حین ترانسفوزیون ممکن است نشان‌دهنده بروز واکنش باشد.
۱۱ - دستکش بپوشید. اگر از دستگاه ترانسفوزیون استفاده می‌کنید، آن را بر روی "hold" قرار دهید. کلمپ را نزدیک به محفظه قطرات و در سمت سالین ست تزریق ببندید. کلمپ غلتان را بر روی ست تزریق و زیر دستگاه انفوزیون ببندید. اگر از دستگاه استفاده نمی‌کنید، کلمپ غلتان را روی ست تزریق ببندید.	دستکش از تماس با خون و ترشحات بدن جلوگیری می‌کند. توقف انفوزیون سبب جلوگیری از جریان یافتن خون به بدن بیمار پیش از اتمام مراحل مقدماتی می‌شود. بستن کلمپ بر روی سالین سبب می‌شود تا خون از طریق دستگاه الکترونیک انفوزیون شود.



شکل ۱. فشار دادن محفظه قطرات جهت پر کردن فیلتر

کار

۱۲ – کلمپ غلتان را در نزدیک مخزن قطرات در سمت فرآورده خونی ست تزریق قرار دهید. درپوش محافظ را از روی محفظه خون بردارید. در پوشش بخش نیزه‌ای ست تزریق را نیز درآورید. با حرکات پیچشی و فشاری، بخش نیزه‌ای ست را وارد محفظه خون نمایید، بدون اینکه آن را آلوده نمایید. مخزن خون را بر روی پایه سرم آویزان کنید. کلمپ غلتان را در سمت خون از ست تزریق ببندید. محفظه قطرات را فشار دهید تا جایی که روی فیلتر از خون پوشیده شود (شکل ۱). دستکش‌ها را درآورید.

دلیل

پرکردن محفظه قطرات مانع از ورود هوا به ست تزریق می‌شود. فیلتر موجود در ست تزریق خون، برخی از مواردی را که در طی ذخیره خون در آن تشکیل شده‌اند، برمی‌دارد. اگر ست تزریق آلوده شد، کل ست را دور انداخته و جایگزین نمایید.

کار

۱۳ – تزریق را به آهستگی انجام دهید (بیش از ۲۵ تا ۵۰ میلی‌لیتر در ۱۵ دقیقه اول تزریق نشود). در جریان ۵ تا ۱۵ دقیقه اول ترانسفوزیون کنار بیمار بماند. کلمپ غلتان را روی ست تزریق و درست زیر دستگاه انفوزیون قرار دهید و ببندید. سرعت جریان را تنظیم کرده و ترانسفوزیون را شروع کنید. با بازکردن کلمپ، جریان محلول آغاز می‌شود و سپس باید تعداد قطرات را بشمارید. کلمپ را طوری تنظیم نمایید که تعداد قطرات یا سرعت جریان به اندازه دلخواه برسد. جریان خون و عملکرد دستگاه انفوزیون را بررسی نمایید. محل ورود سوزن را از نظر علایم نشتی مایع بررسی کنید.

دلیل

عمدتاً واکنش ترانسفوزیون در این مرحله از تزریق اتفاق می‌افتد و سرعت پایین جریان، حجم گلبول‌های تزریق شده را به حداقل می‌رساند. با مطابقت دادن سرعت جریان با تنظیمات دستگاه مطمئن می‌شویم که حجم صحیحی از محلول بهَ بیمار تجویز می‌شود. اگر کاتتر یا سوزن از داخل ورید خارج شود، خون در بافت اطراف تجمع می‌یابد (نشت می‌کند).



شکل ۲. بررسی علایم حیاتی پس از ۱۵ دقیقه.

کار

۱۴ – بیمار را از نظر برافروختگی، تنگی نفس، خارش، کهیر یا راش پوستی و یا هر علامت غیرطبیعی دیگر بررسی کنید.

دلیل

این علایم و نشانه‌ها می‌توانند نشان‌دهنده تظاهرات اولیه واکنش انتقال خون باشند.

کار

۱۵ – پس از طی دوره مشاهده و مراقبت اولیه بیمار (۵ تا ۱۵ دقیقه)، سرعت انفوزیون را افزایش داده تا به سرعت محاسبه شده برسد. در این صورت انفوزیون کل محلول در طی زمان تجویز شده (که نباید بیشتر از ۴ ساعت باشد) به اتمام می‌رسد.

دلیل

اگر در این دوره زمانی، علایم ناخوشایندی مشاهده نشد، سرعت انفوزیون افزایش می‌یابد. اگر تظاهرات بالینی بروز نمودند، می‌توان ترانسفوزیون را به طور کامل متوقف نمود. با مطابقت دادن سرعت انفوزیون با تنظیمات دستگاه، از دریافت حجم کافی از محلول توسط بیمار مطمئن می‌شویم. ترانسفوزیون باید حداکثر در طی ۴ ساعت به اتمام برسد، زیرا خطر رشد باکتری‌ها درخون در دمای اتاق وجود دارد.

کار

۱۶ – علایم حیاتی را پس از ۱۵ دقیقه مجدداً بررسی نمایید (شکل ۲). پس از آن علایم حیاتی را براساس خط مشی مؤسسه کنترل نمایید.

دلیل

علایم حیاتی باید برای تعیین واکنش‌های زیان‌بار احتمالی، کنترل شوند. خط مشی مؤسسه و نظر پرستاری، دفعات بررسی علایم حیاتی را مشخص می‌کنند.

کار

۱۷ – سرعت جریان را براساس مقدار تجویز شده تنظیم نمایید و یا در صورت مناسب‌بودن شرایط بیمار می‌توانید، سرعت را تا حداکثر محدوده تزریق ایمن افزایش دهید. پایش مداوم بیمار در طول دوره ترانسفوزیون خون برای تشخیص سریع هرگونه واکنش زیان‌بار ضروری است.

دلیل

سرعت جریان باید به دقت کنترل شود و واکنش بیمار نیز باید همواره مورد بررسی قرار گیرد.

کار	دلیل
۱۸ – در حین ترانسفوزیون، به طور مداوم بیمار را از نظر بروز واکنش‌های انتقال خون بررسی نمایید و اگر موردی مشاهده شد، ترانسفوزیون خون را متوقف کنید. ست تزریق خون را به سرعت تعویض نمایید و آن را با نرمال‌سالین تزریقی، هواگیری کنید. سپس محلول نرمال سالین را به صورت وریدی و با سرعت معمول که معمولاً ۴۰ml در ساعت است، انفوزیون نمایید. علایم حیاتی را کنترل کنید. پزشک و بانک خون را مطلع سازید.	اگر شک به واکنش انتقال خون وجود داشت، ترانسفوزیون باید متوقف شود. نرمال سالین را از ست تزریق خون انفوزیون نکنید، زیرا در این صورت خون بیشتری وارد بدن بیمار می‌شود که می‌تواند واکنش را وخیم‌تر نماید. در کنار واکنش مرگبار انتقال خون، احتمال اورلود (افزایش حجم) مایعات نیز در بیماران مسن و بیمارانی که دچار نقصان عملکرد قلبی هستند، وجود خواهد داشت.
۱۹ – پس از اتمام ترانسفوزیون، کلمپ غلتان را در سمت خونی ست تزریق ببندید و کلمپ سمت نرمال سالین را باز کنید. انفوزیون نرمال سالین را آغاز نمایید. زمانی که کل خون وارد بدن بیمار شد، ست تزریق را کلمپ نمایید. علایم حیاتی را چک کنید. دستکش بپوشید. روی کاتتر وریدی درپوش گذاشته و یا مطابق قبل از انتقال خون، انفوزیون مایع را ادامه دهید. وسایل و تجهیزات مربوط به ترانسفوزیون خون را دور انداخته و یا برطرق خط مشی مؤسسه، به بانک خون برگردانید.	سالین از همولیز گلبول‌های قرمز خون جلوگیری کرده و باقیمانده خون داخل ست را شفاف می‌کند. منهدم‌کردن مناسب تجهیزات، سبب کاهش انتشار میکروارگانیسم‌ها شده و از احتمال تماس با خون و ترشحات بدن می‌کاهد.
۲۰ – تجهیزات و وسایل را بردارید. از آسایش بیمار مطمئن شوید. دستکش‌ها را درآورید. تخت را پایین بیاورید.	سبب احساس آسایش و امنیت بیمار می‌شود. درآوردن دستکش‌ها به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر تجهیزات را کاهش می‌دهد.
۲۱ – در صورت استفاده از PPE اضافی، آن را در آورید. دست‌های خود را بشویید.	درآوردن PPE به طور مناسبی خطر انتشار عفونت و آلوده‌شدن سایر تجهیزات را کاهش می‌دهد. رعایت بهداشت دست‌ها باعث جلوگیری از گسترش میکروارگانیسم‌ها می‌شود.
۲۲ – بیمار را برای مدت یک ساعت بعد از انتقال خون از لحاظ علایم و نشانه‌های واکنش نسبت به انتقال خون تحت نظر داشته باشید. آموزش‌های لازم جهت عوارض شناسایی واکنش‌های انتقال خون به بیمار بدهید.	بررسی علایم را از ابتدای کار انجام دهید و به سرعت مداخله کنید. علایم واکنش به انتقال خون از یک روز تا چند روز بعد نیز می‌تواند بروز کند.

ثبت

راهنمایی‌ها

در صورتی که بیمار خون دریافت کرده، نوع محصول خونی را ثبت کنید. شرایط بیماران طی انتقال، عبارتند از اطلاعات مربوطه، علائم حیاتی، صداهای ریه و واکنش‌های عینی بیمار به انتقال خون را یادداشت کنید. هرگونه درگیری یا واکنش‌هایی که بیمار طی انتقال و مداخلات دریافت کرده است را ثبت کنید. ارزیابی محل تزریق وریدی یا انفوزیون دیگر مایعات طی فرآیند را ثبت کنید. انتقال حجم یا دیگر مایعات وریدی دریافتی بیمار در صفحه‌ی ورودی و خروجی را یادداشت کنید.

موقعیت‌های غیر قابل انتظار و مداخلات مربوطه

- بیمار دچار لرز می‌شود اما هیچ علایم و نشانه‌های واکنش نسبت به انتقال خون را ندارد: پزشک را مطلع نمایید. پزشک ممکن است در تزریق خون وقفه دهد یا آسپیرین و آنتی‌هیستامین قبل از تزریق مجدد خون دستور دهد. در صورت دستور پزشک، با ۳ میلی‌لیتر نرمال سالین شستشو خط وریدی را انجام دهید.
- بیمار می‌گوید تنگی نفس دارد و در قاعدهٔ ریه‌ها صدای کراکل شنیده می‌شود: علایم حیاتی بیمار را با علایم حیاتی قبلی بیمار مقایسه نمایید. پالس اکسی‌متری کرده و به پزشک اطلاع دهید. پزشک ممکن است دستور داروی مدر بدهد یا سرعت انفوزیون را آهسته نماید. بررسی بیمار را از نظر علایم و نشانه‌های افزایش حجم مایعات در بدن ادامه دهید.
- بیمار تب دارد، تاکیکارد بوده و از درد پشت شاکی است: بیمار نسبت به تزریق خون واکنش نشان داده است. فوراً تزریق خون را قطع نمایید. ست تزریق جدید وصل و سدیم کلراید ۰/۹٪ تزریق نمایید. پزشک و بانک خون را مطلع نمایید. واحد خون، ست و فیلتر تزریق خون را به آزمایشگاه بفرستید. خون با سرعت کافی انفوزیون نمی‌شود: با کلمپ سرعت خون را تنظیم نمایید. اگر کار نمی‌کند با ۳ میلی‌لیتر سالین خط وریدی را شستشو دهید.

ملاحظات خاص

ملاحظات عمومی

- می‌توان برای حفظ سرعت تزریق که توسط پزشک تجویز شده است، از وسایل الکترونیکی تزریق استفاده نمود امّا این وسایل دقیقاً باید برای انتقال خون طراحی شده باشند.
- هرگز برای گرم کردن خون از میکروویو استفاده نکنید. در صورت لزوم یا تجویز پزشک با استفاده از یک دستگاه گرم کننده خون، عمل انتقال سریع خون را از طریق یک CVAD انجام دهید. دستگاه‌های گرم کننده خون می‌بایست در انتقال خون با حجم زیاد یا تعویض خون بیماران با علایم خاص بالینی، نوزادان و اطفال استفاده گردد. تزریق سریع خون سرد می‌تواند منجر به آریتمی‌های قلبی می‌شود.
- اگر برای انتقال سریع خون از دستگاه‌های خارجی فشرده‌سازی استفاده می‌شود باید با فشارسنج مجهز، فشار به طور یکنواخت به تمام کیسه خون اعمال شود. از کاف‌های فشار خون استفاده نکنید.

ملاحظات و مراقبت در منزل

- مؤسسات مراقبت در منزل، بیمارانی که خواستار انتقال خون در منزل هستند را مورد ارزیابی قرار می‌دهند.
- دادن خون در منزل برای بیمارانی که خون‌ریزی فعال دارند، یا نیاز به بیش از ۴ ساعت تزریق دارند یا اخیراً نسبت به انتقال خون عکس‌العمل نشان داده‌اند، مناسب نمی‌باشد.
- باید از بیمار و پزشک رضایت‌نامهٔ کتبی گرفته شود. پرستار فرآورده خونی را در یخدان مخصوص به منزل بیمار برده و مراقبین بیمار، شمارهٔ سریال کیسهٔ خون و سایر اطلاعات دیگر مربوط به تشخیص هویت را با یکدیگر بررسی می‌کنند.

Fundamentals of

Nursing

EIGHTH EDITION



Taylor
Lillis
Lynn

Wolters Kluwer





www.andisherafi.com